Grațiela Sion

Psihologia adolescenței și a tinereții

Dezvoltare, educație și intervenție

Presa Universitară Clujeană

Grațiela Sion

Psihologia adolescenței și a tinereții

Dezvoltare, educație și intervenție

Presa Universitară Clujeană

2018

Referenţi ştiinţifici:

Prof. univ. dr. Mihaela Minulescu

Conf. univ. dr. Nadia Florea

ISBN 978-606-37-0482-6

© 2018 Autoarea cărții. Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă şi se pedepseşte conform legii.

Tehnoredactare computerizată: Cristian-Mrius Nuna

Universitatea Babeş-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro
http://www.editura.ubbcluj.ro

CUPRINS

Partea I. Studiul vârstelor – adolescența și tinerețea 8
1.1. Schimbări de perspectivă privind studiul dezvoltării în adolescență 8
1.2. Adolescența. Dificultăți de definire 9
1.2.1. Adolescența – debutul afirmării sinelui 12
1.2.2. Adolescența ca etapă a transformărilor complexe 13
1.2.3. Adolescența – stadiul premergător vârstei adulte 15
1.2.4. Etape ale dezvoltării în adolescență 15
1.3. Teorii ale dezvoltării – cadre de analiză pentru dezvoltarea în adolescență și tinerețe 18
1.3.1. Cohorta și generația – influențe asupra dezvoltării: dezvoltarea alături de ceilalți într-o lume socială 18
1.3.2. Perspective teoretice în contrast: schimbare furtunoasă vs. continuitate armonioasă în dezvoltarea adolescentului – G. Stanley Hall și Leta Hollingworth 20
1.3.3. Perspectiva umanistă: concentrarea pe calitățile unice ale ființelor umane 22
1.3.4. Perspectiva contextuală: o abordare extensivă a dezvoltării 25
1.3.5. Kurt Lewin: Teoria câmpului și adolescența 31
1.3.6. Abordarea neuro-cognitivă 32
1.4. Principalele sarcini ale dezvoltării în adolescență 37
1.4.1. Conceptualizarea sarcinilor de dezvoltare ale adolescenței – Robert Havighurst 37
1.4.2. Reconfigurarea relațiilor sociale 39
1.4.3. Roluri sociale noi și dimensiuni psihosexuale 39
1.4.4. Imaginea corporală și modificări de autopercepție 40
1.4.5. Relațiile cu părinții și independența emoțională 40
1.4.6. Pregătirea pentru căsătorie și viața de familie 40
1.4.7. Independența economică 41
1.4.8. Dezvoltarea simțului etic și a unui sistem de valori propriu 41

1.4.9. Dorința de a dezvolta un comportament social responsabil 41
1.4.10. Pregătirea pentru viața profesională 41
1.5. Cele patru întrebări-cheie ale adolescenței 42
1.6. Tinerețea și tânărul adult – vârsta adultă emergentă 44
1.6.1. Perioada de tinerețe 48
1.6.2. Studii și cercetări asupra populației tinere din România ultimelor decenii 59
1.6.3. Dinamica valorilor și populația tânără în context european 63
1.6.4. Extinderea perioadei de tinerețe – reconsiderarea tinereții 75

Partea a II a. Dezvoltarea proceselor psihice 77
2.1. Pubertatea – noi parametri de dezvoltare fizică 77
2.1.1. Transformările pubertale și adaptarea adolescenților 78
2.1.2. Transformările pubertale și adaptarea mediului social 79
2.1.3. Transformările privind imaginea și reprezentarea corporală 80
2.1.4. Atracția și exersarea ei – o dimensiune nouă 81
2.1.5. Preocuparea pentru imaginea corporală 82
2.1.6. Corpul ca obiect 83
2.2. Dezvoltarea cognitivă și moralitatea 84
2.2.1. Dezvoltarea cognitivă în perioada adolescenței 85
2.2.2. Dezvoltarea independenței și autonomiei 85
2.2.3. Stadiile dezvoltării morale 87
2.2.4. Morala și construcția idealului de viață 90
2.3. Dezvoltarea emoțională și identitatea 91
2.3.1. Dezvoltarea emoțională în termenii crizei 92
2.3.2. Anatomia identității 93
2.3.3. Criza de identitate 98
2.4. Geneza psihologică a încrederii 99
2.4.1. Imaginea de sine 100
2.4.2. Stima de sine 100
2.4.3. Dimensiunea diferențelor de gen 102
2.4.4. Dimensiunea diferențelor culturale 103

Partea a III a. Dezvoltarea socială și sferele socializării 104
3.1. Dezvoltarea socială în adolescență 104
3.1.1. Relațiile interpersonale 108
3.1.2. Grupul de prieteni 109
3.1.3. Mediul școlar 110
3.1.4. Mediul familial 112
3.1.5. Comunitatea 115
3.2. Familia și noua dinamică a grupului familial 118
3.2.1. Conflictele de idei 119
3.2.2. Conflictele afective și alegerea sexuală 120
3.2.3. Criza de autoritate 121
3.3. Grupul de referință și noile sale funcții 123
3.3.1. Trebuința de apartenență 123
3.3.2. Adaptarea prin comparare 124
3.3.3. Adaptarea prin conformare 125
3.4. Noul egocentrism și reciprocitatea relațională 127
3.4.1. Relațiile pe același nivel 127
3.4.2. Relațiile între generații 128
3.4.3. Egocentrismul relațional 128
3.5. Sexualitate și comportament sexual 129
3.5.1. Comportamentul sexual 130
3.5.2. Identitatea sexuală 132
3.5.3. Relațiile romantice în adolescență 133
3.6. Comportamentele de asumare a riscului 134
3.6.1. Asumarea riscului 135
3.6.2. Abuzul de substanțe 140
3.6.3. Cauze și factori favorizanți 140
3.6.4. Stadiile abuzului de substanțe 141
3.6.5. Situația în România 142

Partea a IV-a. Fragilitate și risc – tulburări asociate dezvoltării în adolescență și tinerețe 151
4.1. Tulburările de alimentație 151
4.1.1. Condiții și caracteristici favorizante 151
4.1.2. Tipuri de intervenție 154

4.2. Depresia și suicidul în adolescență 156
4.2.1. Stările depresive 156
4.2.2. Comportamentul suicidar 158
4.2.3. Modele de intervenție în suicid 163
4.3. Eșecul și abandonul școlar 165
4.4. Violența și delicvența juvenilă 167
4.4.1. De la comportamentul deviant la comportamentul delincvent 168
4.4.2. Măsuri de intervenție și prevenire 169
4.5. Specificul evaluării și intervenției psihologice 178
4.5.1. Evaluarea a problemelor psihologice la vârsta adolescenței și perspectiva dezvoltării 179
4.5.2. Norme generice cu privire la diagnoza psihologică a adolescenților 180
4.5.3. Sănătatea mintală a adolescenților: o provocare urgentă pentru cercetări și investiție socială 182
4.5.4. Politici de sănătate mintală și prevenire 183
4.5.5. Rolul factorilor de protecție psihosociali 185

Referințe bibliografice 187

Înainte de a incepe vreau să mulțumesc distinsei mele colege și prietene conf.univ.dr. ***Alina Marhan*** cu care am plănuit cu mulți ani în urmă acest proiect și căreia îi datorez imboldul de a scrie despre adolescență și structura cărții, cu regretul că acum aproape 4 ani, plecarea ei prea timpurie către odihna veșnică nu ne-a permis să o scriem împreună. Mulțumesc, Alina.

Partea I.
Studiul vârstelor – adolescența și tinerețea

1.1. Schimbări de perspectivă privind studiul dezvoltării în adolescență

De la adolescența ca *etapă de transformări accelerate* la adolescența ca *fază critică în dezvoltarea pentru atingerea potențialului uman*

Adolescenții zilelor noastre este necesar sa se adapteze unor schimări ce au loc peste tot în lume, schimbări de o anvergură, accelerare și consistență cu care omenirea nu a mai avut experiență până în prezent.

Forțele globale fără precedent modelează sănătatea și bunăstarea celei mai mari generații de persoane cu vârste cuprinse între 10 și 24 de ani în istoria omenirii. Mobilitatea populației, comunicațiile globale, dezvoltarea economică și durabilitatea ecosistemelor, determină viitorul curs pentru această generație și, pe termen lung, pentru omenire. (Lamy, Bachelet, Barber, et al., 2013)

În același timp, cercetările în domeniu au ajuns la noi înțelegeri ale adolescenței ca o fază critică în pentru atingerea potențialului uman (UN. Transforming our world, 2015).

Adolescența se caracterizează printr-o dezvoltare dinamică a creierului în care interacțiunea cu mediul social formează capacitățile pe care individul le avansează în viața adultă. În timpul adolescenței, un individ dobândește resurse fizice, cognitive, emoționale, sociale și economice care stau la baza mai târziu pentru sănătatea și bunăstarea vieții. Aceleași resurse definesc traiectoriile în generația următoare. Investițiile în sănătatea și bunăstarea adolescenților aduc beneficii astăzi, construind viitorul pentru decenii și pentru generația următoare (UN. Transforming our world, 2015).

Strategia globală definită de cuvântul introductv al Secretarialtului General al Natiunilor Unite în 2015, pentru sanatatea femeilor, copiilor și adolescenților, include adolescenții cu precizarea că sunt esențiale masurile ce-i privesc, pentru succesul general al Agendei 2030. Adolescenții la care se refera agenda 2015 vor fi în 2030 adulții care vor construi socialul.

Ajutând adolescenții să-și realizeze drepturile la sănătate, bunăstare, educație adaugând participare deplină și egală în societate, aigură premisa echipamentului pentru a-și atinge pe deplin potențialul ca adulți (United Nations Secretary-General, 2015).

1.2. Adolescența. Dificultăți de definire

Complexitatea definirii adolescenței. Definirea adolescenței este situată în cadrul unei considerații ample, cultura occidentală contemporană arată că adolescenții sunt „simultan biologici și ființe culturale" (Miller, 2002, p.151)

Sau într-un studiu longitudinal, alți autori spun că aceasta începe la nivelul biologic și se încheie la nivel cultural (Conger & Peterson 1984) si dacă ar fi sa notăm si manifestul conservator, des criticat, al istoricului Philippe Ariès *L'Enfant et la Vie Familiale sous l'Ancien Régime* (1960), adolescența în totaltatea ei este o invenție culturală.

Adolescența este dificil de definit cu exactitate, din mai multe motive. În primul rând, se recunoaște pe scară largă că fiecare individ are o experiență diferită în funcție de maturizarea fizică, emoțională și cognitivă a acestuia, precum și de evenimente de viață și de contextul cultural în care se dezvoltă adolescentul. Referirea la debutul pubertății, care ar putea fi văzută ca o linie clară de demarcare între copilărie și adolescență, nu poate rezolva dificultatea de definire. Diferențe antropometrice specifice dezvoltării în diverse locuri din lume fac ca momentul pubertății să nu fie unitar, atât din punct de vedere al cohortei, cât și din punct de vedere al departajării de gen (UNICEF, 2011).

Fetele încep pubertatea în medie cu 12–18 luni mai devreme decât băieții; vârsta medie a primei menstre este de 12 ani, în timp ce prima ejaculare a băieților are loc în general în jurul vârstei de 13 ani. Fetele însă pot avea prima menstruație la vârsta de 8 ani (APA, 2002).

Aceasta înseamnă că fetele în special, dar și unii băieți, ajung la pubertate și se confruntă cu unele dintre schimbările fiziologice și psihologice cheie asociate cu adolescența înainte de a fi considerați adolescenți (definiția oferită de către Națiunile Unite – indivizi cu vârste între 10 și 19 ani). În același timp, nu este neobișnuit ca băieții să intre la pubertate la vârsta de 14 ani sau chiar 15 ani, caz în care au fost efectiv tratați ca adolescenți într-un grup pe o perioadă de cel puțin doi ani, asociați cu băieți și fete care sunt mult mai mari fizic și mai dezvoltați sexual (UNICEF, 2011).

Al doilea factor care complică orice definire a adolescenței este variația largă a legislației naționale care stabilește praguri minime de vârstă pentru participarea la activități considerate a fi rezervate adulților, inclusiv votul, căsătoria, înrolarea în armată, dreptul la proprietate și consumul de alcool (UNICEF, 2011).

O idee asemănătoare este aceea a „vârstei majoratului": vârsta legală la care o persoană este recunoscută de o națiune ca adult și se așteaptă să îndeplinească toate responsabilitățile care îi revin în legătură cu acest statut (UNICEF, 2011).

Sub vârsta maturității, o persoană este încă considerată „minoră". În multe țări, vârsta majoratului este de 18 ani, vârstă care este în concordanță cu pragul superior al vârstei pentru copii în temeiul articolului 1 din Convenția privind drepturile copilului.

Cu toate aecstea adolescentul acumulează noi privilegii juridice între vârstele de 14–17 ani care să permită creșterea independenței față de tutorii adulți și poate fi considerat un „minor matur" capabil să furnizeze un consimțământ informat (Nienstein, 2002)

În alte țări, acest prag variază foarte mult. Una dintre cele mai scăzute vârste naționale ale majoratului este aplicată fetelor din Iran care ating majoratul la doar 9 ani, comparativ cu băieții iranieni, care sunt considerați majori la 15 ani (UNICEF, 2011).

Comisia pentru Drepturile Copilului, organismul de monitorizare al Convenției, încurajează statele care au vârsta matură reglementată sub pragul de 18 ani să revizuiască acest prag și să sporească nivelul de protecție pentru toți copiii sub 18 ani.

Vârsta maturității nu este totuși singurul factor care împietează asupra unei definiții unificatoare în ceea ce privește adolescența. În ceea ce privește jurisdicțiile naționale diferite, adesea ele nu au nicio legătură cu vârsta la

care persoanele sunt capabile să îndeplinească în mod legal anumite sarcini care ar putea fi asociate cu vârsta adultă.

Această „vârstă de licență" poate varia de la o activitate la alta și – cu siguranță – nu există standarde aplicabile la nivel internațional. În Statele Unite de exemplu, în cazul în care vârsta matură este de la 18 ani, adolescenții pot conduce în mod legal o mașină la 16 ani, în majoritatea statelor. În schimb, tinerii adulți din SUA nu sunt, în general, în măsură să cumpere băuturi alcoolice înainte de 21 de ani.

A treia dificultate în definirea adolescenței este că, în ciuda pragurilor legale care delimitează copilăria și adolescența de maturitate, mulți adolescenți și copii mici din întreaga lume se implică în activități adulte, cum ar fi munca, căsătoria, îngrijirea primară și conflictele; în realitate, luând aceste roluri, pierd din copilăria și adolescența (UNICEF, 2011).

Practic, vârsta legală a căsătoriei este larg ignorată, pentru a permite bărbaților să se căsătorească cu fete care sunt încă minore.

În multe țări și comunități, căsătoria copilului (definită de UNICEF căsătorie înainte de vârsta de 18 ani), maternitatea adolescentă, violența, abuzul și exploatarea pot, în realitate, să priveze fetele în special, dar și băieții, de orice adolescență. În mod special, căsătoria în rândul copiilor este asociată cu niveluri ridicate de violență, marginalizare socială și excludere din serviciile de protecție și educație. O situație similară apare și în cazul folosirii copiilor în câmpul muncii, în care sunt angajați, aproximativ 150 de milioane de copii în vârstă de 5–14 ani (UNICEF, 2011).

Deși nu există o definiție utilizată la nivel internațional a adolescenței, Organizația Națiunilor Unite definește adolescenții ca indivizi în vârstă de 10–19 ani (în consecință, se referă la a doua decadă din viața individului). Aceasta este definiția care se aplică în mare parte analizei și promovării politicilor prezentate în raportul UNICEF citat mai sus.

În timp ce termenul „adolescenți" nu este menționat în convențiile, declarațiile sau tratatele internaționale, toți adolescenții au drepturi conform Declarației Universale a Drepturilor Omului și a altor legi și tratate majore privind drepturile omului.

Cele mai multe dintre ele sunt incluse și în Convenția privind drepturile copilului, iar adolescentele sunt, de asemenea, protejate în temeiul Convenției privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW), a Platformei de acțiune de la Beijing și a instrumentelor

regionale, cum ar fi Protocolul Cartei Africane privind Drepturile Omului și Drepturile femeilor din Africa.

Definirea adolescenței ca reprezentând a doua decadă din viața unui individ face posibilă colectarea datelor bazate pe vârstă, având ca scop analiza acestei perioade de tranziție.

Astăzi, este larg recunoscut faptul că adolescența este o fază separată atât de copilăria timpurie, cât și de maturitate, perioadă care necesită o atenție și o protecție specială. Acest lucru nu s-a întâmplat pentru cea mai mare parte a istoriei omenirii. Acceptarea pe scară largă a importanței adolescenței este relativ recentă. Într-adevăr, multe societăți și comunități abia au demarcat linia dintre copilărie și maturitate. Așteptarea acestor societăți și comunități de la adolescenți și, adesea, chiar și de la copiii mai mici, este ca aceștia să lucreze, să se întrețină și chiar să folosească arme.

Perspectiva acestor societăți la adresa adolescenților si chiar a copiilor este ca ei sunt adulți mai mici, mai puțin dezvoltați, sau că dezvoltarea lor este completă iar ceea ce lipsește este doar experiența și experimentarea.

În alte societăți însă, tranziția de la copilărie la maturitate a fost sau este încă marcată de un ritual de trecere, recunoscând momentul în care individul este de așteptat să-și asume independența, responsabilitățile, așteptările și privilegiile legate de vârsta adultă. Necesar noțiunii de ritual de trecere este și sensul copilăriei văzute ca un spațiu și un timp separat de restul vieții umane, care trebuie tratată cu grijă și atenție deosebită.

În concluzie, dificultățile de definire sunt legate de faptul că o încadrare abstractă fondată statistic – sau doar de studiul psihologic al dezvoltării individuale sau de date antropometrice si funcționale legate de individul aflat la o vârstă anume – este incompletă. Adolescența este o etapă complexă și dificultățile definirii rezumate mai sus aduc în prim plan influența socială și culturală asupra dezvoltării, influență vizibilă pregnant în exprimarea disparităților și inegalităților legate de perspectivele de dezvoltare ale adolescenților la nivel global.

1.2.1. Adolescența – debutul afirmării sinelui

„Nu sunt ceea ce mi-aș dori să fiu, nu sunt ceea ce voi fi, dar nici nu mai sunt ceea ce am fost” (Erikson, 1950, p.139)

În această perioadă, structura personalității nu este nici omogenă și nici precizată în mod definitiv. Din punctul de vedere al dezvoltării personalității, aceasta este „etapa afirmării pozitive de sine" (Debesse, 1981), perioada exaltării emoționale și a sentimentelor puternice dar confuze ale pubertății care cedează locul unor sentimente pasionate ale căror obiect este mai precis, și pe care imaginația continuă să-l îmbogățească cu repere mai mult sau mai puțin realiste.

Adolescentul este în căutarea unui nou echilibru interior datorită contactelor sociale mai variate și mai ușor de stabilit decât în perioada pubertății. Pe baza dezvoltării capacităților cognitive, a unui mare volum de cunoștințe și a unei relative experiențe de viață, adolescentul își formează un mod propriu de a înțelege viața și își cristalizează o concepție care începe să-l călăuzească în alegerile pe care le face (Crețu, 2001).

Pentru mulți elevi sau studenți, acești ani constituie vârsta „metafizică", iar pentru mulți dintre ei, cea a teoriilor și a primelor revendicări sociale. Cucerirea gândirii abstracte pe de o parte, lărgirea experiențelor sociale și dezvoltarea capacității de introspecție fac ca explicațiile așteptate de copil din partea adultului să fie înlocuite cu încercări legate de „filosofia" sau concepția proprie despre lume și viață.

Și așa cum odată cu pubertatea se deschidea un întreg evantai de caractere, la sfârșitul adolescenței se deschide larg evantaiul formelor de viață definite prin tot atâtea ierarhii ale valorilor (Debesse, 1981).

1.2.2. Adolescența ca etapă a transformărilor complexe

Adolescența este o perioadă a vieții provocatoare, în care adolescenții sunt supuși stresului, sunt relativ instabili afectiv și datorită faptului că trebuie să facă față unor schimbări uriașe, atât pe plan biologic, cât și pe plan psihologic și social.

O parte dintre aceste schimbări se referă la schimbările fizice și fiziologice importante care au loc pubertate, precum și modificările consecutive care apar la nivelul comportamentului sexual. Însă, odată cu acestea, pe plan subiectiv, psihologic are loc un proces de transformare a imaginii de sine, care intră în consonanță cu tendința adolescentului de a se redefini ca persoană. Procesul de „geneză" a unei noi identități are loc deseori prin opoziția față de imaginea adultului și adoptarea unor norme sociale și de

grup prezente la ceilați tineri din aceași generație (Arnett, 2000; Elliot & Feldman, 1990).

Schimbări majore apar și în plan social: adolescenții petrec tot mai mult timp cu alte persoane de aceași vârstă și petrec mult mai puțin timp cu părinții și familia decât atunci când erau copii. Totodată, adolescența este perioada în care se iau decizii importante pentru dezvoltarea persoanei și se fac planuri cu privire la viitor. De exemplu, în perspectiva alegerii unui traiect profesional, adolescenții trebuie să decidă ce tip de carieră școlară doresc să urmeze, ce angajamente de pregătire să urmeze, dacă să urmeze sau nu studii universitare, etc.

Chiar dacă adolescența este vârsta unor importante schimbări în viața unei persoane, nu este obligatoriu să fie însoțită de conflicte și crize adaptative dramatice, așa cum s-a susținut adesea. Cercetările realizate în ultima decada asupra adolescenței au arătat cu claritate faptul că aceste caracteristici depind mai ales de aspectul și autenticitatea relațiilor cu familia (Kroger & Marcia, 2011, Sentse et al., 2010), școala și grupul de prieteni, de contextul mai larg, cultural și social în care adolescentul se dezvoltă (Scabini & Manzi, 2011).

În societățile primitive trecerea de la copilărie la stadiul adult avea loc destul de rapid, sub presiunea ritualurilor de inițiere. Societatea modernă interpune între copilărie și starea de adult o perioadă de pregătire tot mai sofisticată (Radu, 1995).

Cererea de forță de muncă înalt calificată impune prelungirea școlarității iar tinerii sunt puși în situația să își amâne tot mai mult dobândirea statutului de adult productiv. Ca urmare, noile condiții în care adolescenții trebuie să se achite de sarcina lor centrală (definirea propriei identități) impun o privire atentă asupra caracteristicilor societății moderne și a celei post-moderne caracterizată prin (Modrea, 2006):

- afirmarea lipsei de certitudine a cunoașterii (relativism sau deconstructivism cognitiv);
- mobilitatea demografică și informațională supraextinsă în timp și în spațiu (globalizarea);
- permanentizarea schimbării;
- o nouă ordine socială;
- radicalizarea autoreflexivă a modernității.

1.2.3. Adolescența – stadiul premergător vârstei adulte

Dacă privim în urmă, observăm că toată copilăria noastră este marcată de pregătirea pentru vârsta adultă și încercarea de a răspunde la o întrebare esențială: ce voi fi, ce voi face când voi fi mare? Copilul trebuie să parcugă mai multe etape de dezvoltare, culminând cu adolescența, pentru a deveni adult. În spațiul socio-cultural în care trăm, din punct de vedere juridic, persoanele care depășesc 18 ani (vârsta majoratului) sunt considerate persoane adulte.

Majoritatea studiilor apreciază că adolescența acoperă intervalul de vârstă cuprins între 12–14 și 18–20 de ani. Raportările arată faptul că fetele intră în etapa pubertății la vârsta de 10 sau 11 ani și, practic, devin adolescente înainte de a atinge limita de vârstă amintită mai sus (APA, 2002; Grumbach & Styne, 1998). Pe de altă parte, există numeroși tineri care depășesc 20 ani și continuă să manifeste multe dintre semnele caracteristice adolescenței. În unele cazuri, discutăm despre o adolescență care se prelungește uneori până la 25 de ani. Ca urmare, adolescența nu poate fi definită doar în termenii vârstei cronologice: există persoane care intră sau ies din acestă etapă mai devreme sau mai târziu decât alții. Limitele sunt imprecise, arată Ursula Șchiopu, deoarece, „debutul și durata adolescenței variază relativ în condiții geografice și de mediu socio-economic și socio-cultural, dar mai ales socio-educativ" (1997, p.51). Fără a ignora existența acestor aspecte și diferențe, în cele ce urmează vom analiza planurile dezvoltării având ca reper acest interval de vârstă.

1.2.4. Etape ale dezvoltării în adolescență

Eliott și Feldman (1990) descriau:

- adolescența timpurie ca fiind între 10 și 14 ani;
- adolescența mijlocie – între 15 și 17 ani;
- adolescența târzie – de la 18 ani până la 25 ani.

Steinberg (2002) identificase substadiile adolescenței ca fiind:

- timpurie (10–13 ani);
- mijlocie (14–18 ani);
- târzie (19–22 de ani).

Multe publicații recente includ tinerii pana la 25 ani în constructul adolescenței. Alți cercetători impart tinerețea în:

- adolescența timpurie (10–14 ani);
- adolescența târzie (15–19 ani);
- perioada adultă a tinereții (20–24 ani) (Irwin et al., 2002, apud Curtis, 2015).

Nienstein et al. (2009), a definit adolescența timpurie ca fiind între 10 și 13 ani, adolescența mijlocie în perioada 14–16 ani, iar adolescența târzie între 17 și 21 de ani.

Dezvoltarea adolescentului nu apare ca un continuum perfect, putem identifica mai multe stadii ale maturizării în această perioadă:

1. adolescența timpurie (perioada prepuberală, 9, 10–12 ani);
2. adolescența propriu-zisă (13–15 ani);
3. adolescența târzie (16–18 ani).

Studiul UNICEF (2011), propune separarea adolescenților mai tineri de cei mai în vârstă, și induce necesitatea de a privi adolescența ca având două părți: adolescența timpurie (10–14 ani) și adolescența târzie (15–19 ani).

***Adolescența timpurie* (10–14 ani)**

Adolescența timpurie este considerată a se întinde între vârstele de 10 și 14 ani. În acest stadiu, schimbările fizice încep de obicei cu o creștere explozivă, urmată curând de dezvoltarea organelor sexuale și de apariția caracteristicilor sexuale secundare.

Aceste schimbări externe sunt adesea foarte evidente și pot fi o sursă de anxietate, precum și de entuziasm sau mândrie pentru individul al cărui corp trece prin transformare. Schimbările interne ale individului, deși mai puțin evidente, sunt la fel de profunde. Cercetările neuro-științifice recente indică faptul că în perioada adolescenței timpurii creierul suferă o creștere explozivă a activității electrice la nivelul rețelelor neuronale precum și o dezvoltare fiziologică (Steinberg, 2014).

Numărul celulelor neuronale se poate dubla aproape în decurs de un an, în timp ce rețelele neuronale sunt radical reorganizate, cu un impact direct asupra abilităților emoționale, fizice și mentale (Geidd, 2015; Steinberg, 2014).

Dezvoltarea fizică și sexuală mai avansată a fetelor – care intră în pubertate în medie cu 12–18 luni mai devreme decât băieții – este oglindită de tendințele similare în dezvoltarea creierului. Lobul frontal – parte a creierului ce guvernează raționamentul și luarea deciziilor – începe să se dezvolte în timpul adolescenței timpurii. Deoarece această dezvoltare începe mai târziu și durează mai mult la băieți, tendința lor de a acționa impulsiv și de a fi necritică în gândirea lor durează mai mult decât la fete. Acest fenomen contribuie la percepția pe scară largă că fetele se maturizează mult mai devreme decât băieții.

În timpul adolescenței timpurii, fetele și băieții devin mai conștienți de genul lor decât au fost în copilărie și pot să-și adapteze comportamentul sau aspectul pentru a se potrivi cu normele percepute (U.S. Department of Education Office of Communications and Outreach, 2005).

Aceștia pot deveni victime sau pot participa la agresiune și pot, de asemenea, să se simtă confundați cu propria identitate personală și sexuală (APA, 2002).

Adolescența timpurie ar trebui să fie o perioadă în care indivizii au parte de un spațiu sigur și clar pentru a se putea adapta la această transformare cognitivă, emoțională, sexuală și psihologică – neîngrădită de angajarea în rolurile adulților și cu sprijinul deplin al îngrijirii adulților acasă, la școală și în comunitate (UNICEF, 2011).

Având în vedere tabuurile sociale asociate perioadei pubertății, este deosebit de important să se ofere adolescenților timpurii toate informațiile de care au nevoie pentru a se proteja împotriva HIV, a altor infecții cu transmitere sexuală, sarcinilor timpurii, violenței sexuale și exploatării. Pentru prea mulți copii, aceste informații devin disponibile mult prea târziu (dacă cumva nu sunt disponibile deloc), atunci când cursul vieții a fost deja afectat, iar dezvoltarea și bunăstarea ei sunt subminate (UNICEF, 2011).

***Adolescența târzie* (15–19 ani)**

Arnett (2000) propune mutarea din perioada adolescenței a vârstelor cuprinse între 18 și 25 de ani, în favoarea unei noi faze distincte a dezvoltării umane, „perioada adultă emergentă" (Curtis, 2015).

Adolescența târzie în majoritatea studiilor cuprinde ultima parte a anilor adolescenței, în general între vârstele de 15 și 19 ani. Schimbările fizice majore au avut loc deja, deși organismul se dezvoltă încă. Creierul

continuă să se dezvolte și să se reorganizeze, iar capacitatea de gândire analitică și reflectivă este mult îmbunătățită (UNICEF, 2011).

Părerile grupului de apartenență (anturajul) tind să fie importante încă de la început, însă importanța lor se diminuează pe măsură ce adolescenții câștigă mai multă claritate și încredere în propria lor identitate și opinii. (UNICEF, 2011).

„Vârsta tranziției spre tinerețe" este o descriere în general asociată cu adolescenții fără legaturi și tinerii adulți aflați în riscul de a avea rezultate slabe în dezvoltare, în special aceia care ies din îngrijirea instituționalizată. (Mandarino, 2014; TAYSF, 2014). Pentru această perioadă de tranziție spre tinerețe nu există un interval clar de vârstă unanim acceptat, acesta fiind extins între 14 și 29 de ani, dar o folosire mai frecventă a acestui concept vizează ceva mai des perioada 16–24 ani (AAPD, n.d.; TAYSF, 2014, apud Curtis, 2015).

1.3. Teorii ale dezvoltării – cadre de analiză pentru dezvoltarea în adolescență și tinerețe

1.3.1. Cohorta și generația – influențe asupra dezvoltării: dezvoltarea alături de ceilalți într-o lume socială

Laura E. Berk, în lucrarea *Development Through the Lifespan* prezintă o interesantă incursiune în reperele sociale și culturale ale unei familii sub forma unui studiu de caz:

> *Bob, născut în 1947, este un rezultat al exploziei demografice; el s-a născut la scurt timp după sfârșitul celui de-al doilea război mondial, când întoarcerea soldaților a provocat o mărire bruscă a ratei natalității. El era adolescent în perioada în care mișcarea pentru drepturile civile și a protestelor împotriva războiului din Vietnam erau la apogeu. Mama sa, Leah, s-a născut în 1922; generația ei a trecut în copilărie și în adolescență prin umbra Marii Crize. Jon, fiul lui Bob, s-a născut în 1975. Acum, construind o carieră și înființând o familie, este membru al ceea ce se numește Generația X. Sarah, sora mai mică a lui Jon, care s-a născut în 1982, face parte din generația următoare, pe care sociologii au numit-o Generația Millennial* (Berk, 2014).

Oamenii, spune autoarea, sunt în parte produse ale timpurilor în care trăiesc. Fiecare aparține unei *cohorte* aparte, un grup de oameni născuți în același timp și în același loc.

Cohorta demografică este definită ca noțiunea ce reprezintă un grup sau o colectivitate de persoane poate avea în comun, într-o perioadă de timp, un anumit eveniment demografic. Termenul de cohortă – preluat din organizarea militară romană – definește tocmai un asemenea grup. Cea mai caracteristică este *generația*, definită ca număr de persoane născute în aceeași perioadă de timp (Trebici, 1982, p.18). Vom spune ca cele 410.603 persoane născute în 1979 reprezintă generația 1979, că cele 190.904 persoane născute în 1979 în sânul populației urbane din România reprezintă o generație etc. I se mai spune cohortă privilegiată pentru a sublinia importanța particulară a generației. O cohortă compusă din căsătoriile încheiate într-un an se numește promoție. Cele 198.139 căsătorii încheiate în 1979 reprezintă promoția căsătoriilor 1979 (Trebici, 1982, p.18).

Se remarcă că noțiunea de *cohortă* se definește numai în raport cu caracteristica evenimentului demografic, membrii cohortei deosebindu-se din punct de vedere al altor caracterisrici. De pildă, cohorta celor 198.139 bărbați care s-au căsătorit în 1979 cuprinde bărbați de diferite vîrste: de la 18 ani (vîrsta legală de căsătorie) și pînă la vîrsta limită. Această împrejurare este foarte importantă și reclamă detalierea cohortei după diferite caracteristici. De cele mai multe ori vorbim despre *grupe de cohorte*, *generații*, *promoții* (Trebici, 1982, p.18).

Evenimentele sociale ca războaiele, crizele economice, foametea și epidemiile (de exemplu, cele generate de virusul HIV) au influențe similare asupra membrilor unei anumite cohorte (Mitchell, 2002; Dittmann, 2005, apud Berk, 2014).

Efectele asupra cohortelor oferă un exemplu de cronică a influențelor biologice și ecologice asociate cu un anumit moment istoric. De exemplu, persoanele care au trăit în New York City în timpul atacului terorist din 11 Septembrie asupra World Trade Center au experimentat provocări biologice și ecologice similare din cauza atacului (Bonanno et al., 2006; Laugharne, Janca & Widiger, 2007, apud Berk, 2014).

Pe de altă parte, influențele înaintării în vârstă sunt de natură biologică și ecologică care sunt similare pentru indivizi dintr-o anumită grupă de vârstă, indiferent de când și unde au fost crescuți.

În mod similar, un eveniment constituit din intrarea în educația formală, poate fi considerat influențat în funcție de vârstă, deoarece apare în majoritatea culturilor în jurul vârstei de 6 ani (Berk, 2014).

De asemenea, dezvoltarea este influențată sociocultural, factorii sociali și culturali prezenți la un anumit moment, pentru un anumit individ, depinzând de variabile ca: autenicitatea, clasa socială și calitatea de membru subcultural. De exemplu, influențele socioculturale vor fi considerabil diferite pentru copiii care sunt albi și bogați decât pentru copiii care sunt membri ai unui grup minoritar și care trăiesc în sărăcie (Rose et al., 2003).

În cele din urmă, evenimentele de viață ne-normative sunt evenimente specifice, atipice, care apar în viața unei persoane în condițiile în care nu nu apar în mod curent în viața celor mai mulți oameni. De exemplu, un copil de 6 ani ai cărui părinți au un accident de mașină a cunoscut un eveniment semnificativ de viață ne-normativ (Berk, 2014).

1.3.2. Perspective teoretice în contrast: schimbare furtunoasă vs. continuitate armonioasă în dezvoltarea adolescentului – G. Stanley Hall și Leta Hollingworth

G. Stanley Hall este după unii teoreticieni părintele studiilor despre adolescență și teoreticianul care a desemnat-o ca fiind procesul de „renaștere fizică și psihosocială" (Curtis, 2015).

Termenul „storm and stress" respectiv „furtună și stres" a fost creat de G. Stanley Hall în lucrarea *Adolescența*, scris în 1904. Hall a folosit acest termen pentru că a privit adolescența ca pe o perioadă de tulburări inevitabile care au loc în timpul tranziției de la copilărie la maturitate. „Furtuna" se referă la un nivel scăzut al autocontrolului, iar „stresul" se referă la un nivel crescut de sensibilitate. Percepția despre adolescență a lui Hall continuă să influențeze și astăzi viziunea asupra acestei perioade de dezvoltare (Arnett, 2006).

Cele trei categorii principale ale perioadei descrise de Hall sunt (conform Arnett, 2006):

1. Conflictul cu părinții: adolescenții tind să se răzvrătească împotriva normelor și regulilor impuse autoritar, deoarece caută o mai mare independență și autonomie.

2. Tulburarea de dispoziție: modificările hormonale și stresul psihologic al adolescenței pot provoca schimbări incontrolabile în emoții.
3. Comportamentul riscant: combinația dintre nevoia de stimulare și imaturitatea emoțională duce la creșterea riscului de asumare a comportamentului riscant în timpul adolescenței.

O teorie influentă a dezvoltării în adolescență a fost susținută de Leta Hollingworth (1886–1939) în cartea ei, *The psychology of the adolescent* (1928). Este cunoscut faptul că ea a fost chiar mai pronunțată decât au fost Mead și Benedict în criticile aduse asupra teoriei lui Hall cu privire la adolescența văzută ca perioadă de *„furtună și de stres".* Ea a respins lucrările acestuia, considerându-le de o valoare științifică sau practică foarte redusă. Opiniile ei au fost influențate de activitatea antropologilor culturali (Muuss, 1975, p.113).

Hollingworth a subliniat ideea continuității dezvoltării și a schimbării treptate în perioada adolescenței. Ea arată: „copilul se transformă în grade imperceptibile în adolescență, iar adolescentul se transformă gradual în adult" (Hollingworth, 1928, p.1, apud Muuss, 1975, p.113).

Ea a contestat ideea că există etape distincte și linii clare de separare între diferite „epoci", „stadii" și „faze ale dezvoltării". Totodată, a afirmat faptul că schimbarea bruscă a statutului social care rezultă din ritualurile de inițiere a pubertății și ceremoniile oamenilor primitivi s-au confundat cu schimbările biologice ale dezvoltării. Ea considera că nu există nicio legătură între schimbările biologice și schimbările în statutul social, atribuind aceste schimbări doar instituțiilor și ceremoniilor sociale (Muuss, 1975, p.114).

Perspectiva lui Hall – adolescența ca o perioadă de creștere a „furtunii și stresului" – este reconsiderată în lumina cercetărilor contemporane. În articolul „Adolescent storm and stress, reconsidered" din Jurnalul *American Psychologist*, J.J. Arnett (1999) prezintă o scurtă istorie a viziunii lui Hall și examinează cele trei aspecte-cheie ale acestei viziuni: conflictul cu părinții, perturbări ale dispoziției și comportament de risc.

În toate cele 3 domenii, dovezile susțin o viziune modificată asupra furtunii și stresului care ia în considerare diferențele individuale și variațiile culturale. Nu toți adolescenții suferă de furtună și stres, dar sunt mai probabile în timpul adolescenței decât la alte vârste. Furtuna și stresul

adolescenților tind să fie mai scăzute în culturile tradiționale decât în occident, dar pot crește, pe măsură ce globalizarea crește individualismul. Probleme similare se aplică culturilor minorităților din societatea americană.

În cele din urmă, deși publicul larg este uneori prezentat de cercetători ca având o viziune stereotipă asupra persepctivei cu privire la adolescent, atât oamenii de știință, cât și publicul larg par să susțină o viziune modificată asupra teoriei furtunii și stresului (Arnett, 1999).

Conform teoriilor dezvoltării, indivizii experimentează în mod diferit mediile de dezvoltare, aceasta depinzând de vârsta la care se află.

Aceste medii de dezvoltare au fost conceptualizate diferit, cum ar fi:

- **sarcini de dezvoltare** (Erikson, 1959; Havighurst, 1948; Oerter, 1986);
- **tranziția de roluri** (Elder, 1985);
- **limite** (Neugarten, Moore & Lowe, 1965; Settersten & Hagestad, 1996);
- **căi trasate institutional** (Mayer, 1986, apud Salmela-Aro et.al., 2007).

Structurile normative și instituționale sunt considerate importante pentru că includ o serie de cerințe, provocări și oportunități pentru comportamentul individului, creând *itinerarii* predictibile de-a lungul vieții, recunoscute social (Hagestad & Neugarten, 1985, apud Salmela-Aro et.al., 2007).

1.3.3. Perspectiva umanistă: concentrarea pe calitățile unice ale ființelor umane

Respingând ideea conform căreia comportamentul nostru este determinat în mare parte de procesele inconștiente, de învățarea din mediul în care se dezvoltă sau doar prin procesarea cognitivă bazată pe raționamente, perspectiva umanistă pretinde că oamenii au o capacitate naturală de a lua decizii cu privire la viața lor, dețin o formă a liberului arbitru în căile lor de a-și controla comportamentul.

În conformitate cu această abordare, fiecare individ are capacitatea și motivația de a atinge niveluri mai avansate de maturitate, iar în mod natural, oamenii caută să-și atingă întregul potențial. Perspectiva umanistă

subliniază voința liberă, abilitatea oamenilor de a face alegeri și de a lua decizii cu privire propria viață. În loc să se bazeze pe standardele societății, oamenii sunt considerați a fi motivați să ia propriile decizii cu privire la ceea ce fac cu viața lor.

Carl Rogers, unul dintre principalii susținători ai perspectivei umaniste, a sugerat că toți oamenii au nevoie de o considerație pozitivă care rezultă dintr-o dorință bazală de a fi iubiți și respectați. Având în vedere aceasta nevoie de apreciere pozitivă, într-un mediu rece, critic și neîngrijit oamenii devin nesiguri de ei înșiși, critici față de sine și față de alții.

Rogers a identificat conceptul de *sine* ca un cadru în care se dezvoltă personalitatea. Scopul fiecărei persoane este să caute *congruența* (echilibrul). Acest echilibru se realizează prin *auto-actualizare*. După cum este ilustrat în figura de mai jos, auto-actualizarea se ocupă de trei domenii, cum ar fi valoarea sinelui conferita prin stima de sine, imaginea de sine și sinele ideal.

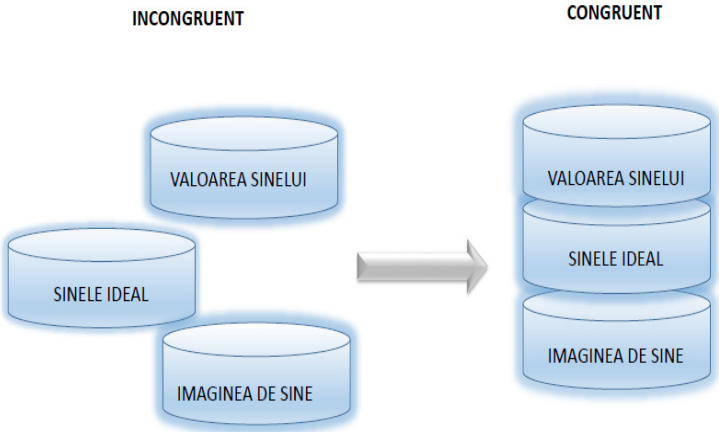

Fig. 1. ***Auto-actualizarea*** (Carl Rogers)

Auto-actualizarea este imposibilă dacă aceste imagini (în special imaginea de sine și sinele ideal) nu se suprapun. Aceasta este așa numita viziune „incongruentă", iar rolul psihoterapeutului este de a transforma această viziune într-una congruentă, atât prin adaptarea percepției persoanei la imaginea de sine și a valorii de sine, cât și prin crearea unui „ideal ideal" mai realist. Procesul de auto-actualizare va duce la o suprapunere crescândă

între aceste domenii și va contribui la satisfacția în viața persoanei. În cadrul schemei lui Rogers, fiecare din cele trei domenii are sarcini specifice.

De asemenea, Rogers aduce în discuția terapeutică ideea unei viziuni holistice a persoanei.

Aceasta implică actualizarea acelei părți a experienței simbolizate în conceptul de *sine* (Rogers, 1959). Ea poate fi văzută ca un impuls pentru a experimenta, într-un mod care este în concordanță cu viziunea conștientă a ceea ce cineva este (Maddi, 1996). Conectate la dezvoltarea concepției de sine și a auto-actualizării sunt nevoi secundare (presupuse a fi probabil învățate în copilărie): „nevoia de a avea o privire pozitivă de la ceilalți" și „nevoia de auto-valorizare pozitivă", unde perspectiva pozitivă de sine este o versiune internalizată a primei nevoi. Acestea conduc la favorizarea comportamentului care este în concordanță cu concepția de sine a persoanei (Maddi, 1996).

Pentru că există alți oameni care oferă acest aspect pozitiv, devenim dependenți de ei. În consecință, părerea noastră despre noi înșine și despre valoarea noastră de sine este o reflectare a modului în care gândim că ne văd ceilalți (Rogers, 1971; Motschnig & Nykl, 2003).

Pentru dezvoltarea copilului și adolescentului, teoria umanistă produce ideile principale conform cărora copii au neovie de o oglindire pozitivă cu privire la sinele lor, privire ce se interiorizează timpuriu și care are o mare relevanță în construcția adultă.

Cu atât mai mult, adolescentul este mai vulnerabil la perspectiva din afară asupra sinelului cu cât etapa de dezvoltare îl obligă la reevaluarea și reintegrarea tuturor etapelor anterioare de dezvoltare – proces complex și delicat în care el are nevoie de tot suportul de care poate dispune.

Rogers, alături de o altă figură-cheie în perspectiva umanistă, Abraham Maslow, sugerează că auto-actualizarea este un prim scop în viață.

Auto-actualizarea este o stare de auto-împlinire în care oamenii își ating cel mai înalt potențial în modul lor unic și propriu. (Maslow, 1970; Jones & Crandall, 1986; Sheldon et al., 2003).

Maslow a creat o ierarhie psihologică a nevoilor (piramida nevoilor lui Maslow), împlinirea cărora culminează în realizarea valorilor unei persoane, chiar în partea superioară a piramidei care simbolizează sensul.

Deși conceptul inițial a fost considerat ca fiind aplicabil doar câtorva oameni celebri selectați precum Eleanor Roosevelt, Abraham Lincoln și

Albert Einstein, teoreticienii au extins conceptul care se aplică oricărei persoane ce-și realizează propriul potențial și posibilități

Limite și contribuții ale perspectivei umaniste

În ciuda accentului pus pe calitățile umane importante și unice, perspectiva umanistă nu a avut un impact major asupra domeniului dezvoltării umane. Lipsa de influență se datorează în primul rând incapacității sale de a identifica orice tip de schimbare de dezvoltare largă care este rezultatul îmbătrânirii sau experienței.

Cu toate acestea, unele concepte din perspectiva umanistă, cum ar fi auto-actualizarea, au ajutat la descrierea aspectelor importante ale comportamentului uman și sunt larg discutate în domenii începând cu sănătatea, până la domenul afacerilor (Zalenski & Raspa, 2006, Elkins, 2009).

1.3.4. Perspectiva contextuală: o abordare extensivă a dezvoltării

Deși specialiștii în dezvoltare abordează deseori cursul dezvoltării separând-o în factori de ordin fizic, social, cognitiv sau de personalitate, o astfel de clasificare are un dezavantaj serios: în lumea reală, nici una dintre aceste influențe largi nu are loc separat de oricare dintre ceilalți factori. În schimb, există o interacțiune constantă, continuă între diferitele tipuri de influență.

Perspectiva contextuală abordează relația dintre indivizi și personalitatea acestora împreună cu lumea lor fizică, cognitivă, socială.

Aceasta sugerează că dezvoltarea unică a unui individ nu poate fi privită în mod corespunzător fără a vedea cum e încadrat într-un vast context social și cultural.

Vom analiza două teorii majore care se încadrează în această categorie:

- abordarea ecologică a lui Bronfenbrenner;
- teoria socio-culturală a lui Vîgotsky.

1.3.4.1. Abordarea ecologică a dezvoltării – Urie Bronfenbrenner

Recunoscând problema abordărilor tradiționale ale dezvoltării umane, psihologul Urie Bronfenbrenner (1989, 2000, 2002) a propus o perspectivă

alternativă, numită abordarea ecologică. Acesta sugerează că există cinci niveluri simultane ale mediului în care indivizii trăiesc.

Bronfenbrenner observă că nu putem înțelege pe deplin dezvoltarea, fără a lua în considerare modul în care o persoană este influențată de fiecare dintre aceste niveluri.

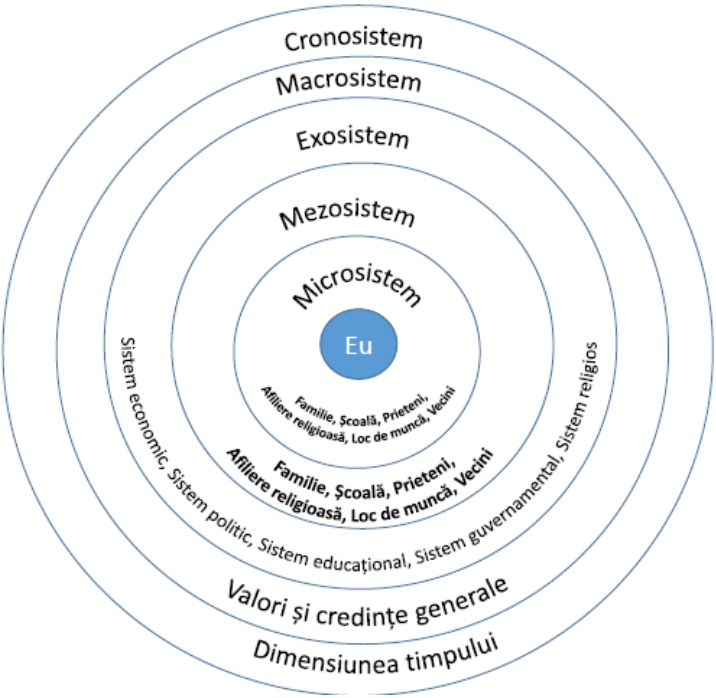

Fig. 2. ***Teoria ecologică a dezvoltării*** (Bronfenbrenner, 1998)

Microsistemul este mediul în care copiii își petrec viața de zi cu zi. Locuințele, părinții, persoanele care le oferă îngrijire, prietenii și profesorii sunt influențe care fac parte din microsistem. Dar copilul nu este doar un beneficiar pasiv al acestor influențe, copiii ajută activ la construirea microsistemului, modelând lumea imediată în care trăiesc. (Feldman, 2017)

Microsistemul este nivelul la care a fost orientată cea mai mare parte a activității cercetării și observației specifice cu privire la temele de dezvoltare a copilului.

Mezosistemul asigură conexiuni între diferitele aspecte ale microsistemului. Mezosistemul leagă copiii de părinți, elevii de profesori, angajații de șefi, prietenii de prieteni, ca zalele unui lanț. Recunoaște influențele directe și indirecte care se leagă una de cealaltă, cum ar fi cele care afectează un părinte care are o zi proastă la birou și apoi acasă descarcă totă fuia și tensiunea acumulată în relația cu copilul său.

Aceste mari instituții ale societății pot avea un impact imediat și major asupra dezvoltării personale și afectează modul în care funcționează microsistemul și mezosistemul. De exemplu, calitatea unei școli va afecta dezvoltarea cognitivă a unui copil și, eventual, poate avea consecințe pe termen lung asupra alegerilor pe care copilul poate sau are oportunitatea să le aibă în cariera școlară.

Macrosistemul reprezintă majoritatea influențelor culturale asupra unui individ. Societatea în general, tipurile de guvernare (de exemplu democratice sau totalitate), sistemele de valori religioase și politice, și o paletă largă de alți factori, reprezintă părți ale macrosistemului. De exemplu, valorizarea pe care cultura sau societatea o oferă educației sau familiei va influența valorile persoanelor care trăiesc în această societate.

Copiii fac parte dintr-o cultură mai largă (cum ar fi cultura occidentală) și sunt influențați în calitatea lor de membri ai unei anumite subculturi (de exemplu, făcând parte din subculturile grupurilor etnice).

Cronosistemul stă la baza fiecăruia dintre sistemele anterioare. Aceasta implică modul în care trecerea timpului, inclusiv evenimentele istorice (cum ar fi evenimentele din decembrie 1989 în România) și schimbările istorice graduale (cum ar fi creșterea numărului femeilor care sunt angajate în câmpul muncii), afectează dezvoltarea copiilor.

Abordarea ecologică pune accentul pe interconectarea influențelor asupra dezvoltării. Deoarece diferitele niveluri sunt legate de un altul, o schimbare într-o parte a sistemului afectează alte părți ale acestuia. De exemplu, pierderea unui loc de muncă de către un părinte (care implică mezosistemul) are un impact asupra microsistemului copilului.

Pe de altă parte, schimbările la un nivel de mediu pot avea o mică diferență dacă nu se schimbă și alte niveluri. De exemplu, îmbunătățirea mediului școlar poate avea un efect neglijabil asupra performanțelor academice, dacă copiii primesc puțin sprijin acasă pentru succesul academic (Feldman, 2017).

În mod similar, abordarea ecologică ilustrează faptul că influențele între diferiți membri ai familiei sunt multidirecționale. Părinții nu influențează doar comportamentul copilului lor – copilul influențează și el comportamentul părinților.

În cele din urmă, abordarea ecologică subliniază importanța unei game largi de factori culturali care afectează dezvoltarea. Cercetătorii din domeniul dezvoltării se uită din ce în ce mai mult la modul în care apartenența grupurile culturale și subculturale influențează comportamentul. (Feldman, 2017)

De exemplu, peroanele crescute în cultura occidentală vor fi mai degrabă în dezacord cu următoarele afirmații:

- copiii trebuie învățați că asistarea colegilor lor de clasă este indispensabilă pentru obținerea unor note bune în școală;
- copiii trebuie săducă mai departe afacerile părinților lor;
- copiii ar trebui să urmeze recomandările părinților în stabilirea planurilor lor de carieră.

Persoanele ce sunt în dezacord cu toate cele trei afirmații se bazează în general, pe convingerea că afirmațiile încalcă premisele *individualismului* ca filosofie dominantă occidentală, filosofie care subliniază identitatea personală, unicitatea, libertatea și valoarea individului.

Pe de altă parte, într-o cultură asiatică tradițională, cele trei afirmații ar fi mult mai probabil să fie acceptate ca valori. Declarațiile reflectă orientarea cunoscută sub numele de *colectivism* – noțiunea se sprijini pe ideea că bunăstarea grupului este mai importantă decât cea a individului. Oamenii crescuți în culturile colectiviste tind să accentueze dimensiunea bunăstării grupurilor de care aparțin, uneori chiar și în detrimentul bunăstării personale (Choi, 2002; Sedikides, Gaertner, & Toguchi, 2003; Leung, 2005).

Axa dimensiunilor individualism-colectivism este una din multele prin care culturile se descriu și ilustrează diferențele dintre contextele culturale în care oamenii se dezvoltă. Aceste valori culturale joacă un rol important în influențarea comportamentului și a modului în care oamenii văd lumea (Leung, 2005, Garcia & Saewyc, 2007, Yu & Stiffman, 2007).

Limite și contribuții ale abordării ecologice

Deși Bronfenbrenner consideră că influențele biologice constituie o componentă importantă a abordării ecologice, influențele ecologice constituie

de fapt tema centrală a acestei teorii. Unii critici susțin că perspectiva nu acordă o atenție suficientă factorilor biologici. Totuși, această abordare este de o importanță considerabilă pentru studiul în dezvoltarea copilului, sugerând existența nivelelor multiple prin care mediul își exercită simultan influența.

Cu atît mai mult privitor la dezvoltarea adolescentului, teoria ecologică aduce în discuție cercuri din ce în ce mai largi ale socializării, lucru ce definește evoluția persoanei în această etapă. Dechiderea adolescentului către social și părăsirea determinării de microsistem caracteristică copilăriei este o necesitate ce descrie nucleul evoluției în această perioadă.

1.3.4.2. Teoria socioculturală a lui Vîgotski

Pentru Lev Semenovich Vîgotsky (1896–1934), aprofundarea problematicii dezvoltării umane ar fi incompletă fără a se lua în considerare cultura în care oamenii se dezvoltă. Nu este singura teorie care arată importanța socializării, dar teoria socioculturală a lui Vîgotsky subliniază evoluția dezvoltării cognitive ca rezultat al interacțiunilor sociale dintre membrii unei culturi (Vîgotsky, 1962, 1978).

Vîgotsky a susținut că înțelegerea copiilor despre lume este dobândită prin interacțiunile cu adulții și cu alți copii, interacțiuni legate de rezolvare de probleme.

În timp ce copiii se joacă și cooperează cu ceilalți, ei învață ceea ce este important în societatea lor și, în același timp, se dezvoltă cognitiv în înțelegerea lumii înconjurătoare.

În consecință, pentru a înțelege cursul dezvoltării, trebuie să luăm în considerare ceea ce este semnificativ pentru membrii unei culturi date.

În plus față de majoritatea teoriilor, teoria socio-culturală subliniază faptul că dezvoltarea este o tranzacție reciprocă între oamenii din mediul copilului și copil. Vîgotsky consideră că oamenii și grupurile influențează copilul, iar copilul, la rândul său, va influența oamenii și grupurile cu care e în contact.

Așadar, tema majoră a cadrului său teoretic este aceea că interacțiunea socială joacă un rol major în dezvoltarea cognitivă. Mai mult, fiecare funcție, arată Vîgotsky, apare în două rânduri, prima, la un nivel social, și, mai târziu, la un nivel individual; în primul rând, între oameni (interpsihică)

și, apoi, în interiorul copilului (intrapsihică). Aceasta se aplică atât atenției voluntare, cât și memoriei logice și formării conceptelor. Toate procesele superioare se originează în relațiile actuale dintre indivizi (Vîgotsky, 1978, p. 57).

El este autorul conceptului de zona de dezvoltare proximală, care a atras un interes deosebit în literatura de specialitate occidentală. Această noțiune face legătura între învățare și dezvoltare, de-a lungul istoriei sociale a copilului (Bideaud et al., 2002, p. 72).

Din punctul său de vedere, copilul poate fi caracterizat sub două aspecte: nivelul său de dezvoltare actual, atât cât îl putem evalua cu ajutorul probelor standardizate sau nu, și nivelul de dezvoltare potențial, corespunzător a ceea ce este capabil copilul să facă cu ajutorul unui adult, la un anumit moment, și va fi capabil să realizeze singur după aceea.

Această potențialitate, mai mult sau mai puțin actualizabilă de-a lungul unei interacțiuni, pe care Vîgotsky o numește zona de dezvoltare proximală, este elementul central pentru toată psihologia învățării și este posibilitatea de a se ridica la un nivel superior cu ajutorul cuiva aflat la acel nivel sau mai sus, respectiv, posibilitatea de a trece, de la ceea ce copilul știe să facă la ceea ce el nu știe încă să facă (Sion, 2004).

Acest model este continuum, copiii fiind atât destinatari ai influențelor sociale cât și surse de influență. De exemplu, un copil crescut cu familia sa sau cu familia extinsă aflată în apropiere, va crește cu o reprezentare diferită al vieții de familie, decât un copil care trăiește la o distanță considerabilă de rudele sale. Aceste rude sunt, de asemenea, afectate de situația respectivă și de acel copil, în funcție de cât de apropiat și de cât de frecvent este contactul cu copilul (Feldman, 2017).

Limite și contribuții ale teoriei lui Vîgotsky

Teoria socio-culturală a devenit din ce în ce mai influentă o dată cu creșterea conștientizării importanței centrale a factorilor culturali în dezvoltare. Copiii nu se dezvoltă într-un vid cultural. În schimb, atenția lor este îndreptată de societate spre anumite zone și, ca urmare, aceștia dezvoltă anumite tipuri de abilități ca rezultat al mediului lor cultural.

Vîgotsky a fost unul dintre primii teoreticieni care au recunoscut și înțeles importanța culturii, și – pe măsură ce societatea de astăzi devine din ce în ce mai multiculturală – teoria socio-culturală ne ajută să înțelegem

influențele bogate și variate pe care cultura le are asupra dezvoltării (Fowers & Davidov, 2006, Koshmanova, 2007).

Teoria socioculturală nu este lipsită de critici. Unii sugerează că argumentul lui Vîgotsky asupra rolului culturii și al experienței sociale l-a determinat să ignore efectele factorilor biologici asupra dezvoltării. În plus, perspectiva sa pare să minimizeze rolul pe care indivizii îl pot juca în modelarea propriului mediu, deși fiecare individ poate juca un rol central care determină evoluția propriei dezvoltări.

Alte voci critice spun că Vygotsky nu ia în considerare rolul individului, ci privește mai degrabă colectivul. Vygotsky a afirmat că mintea individului nu trebuie considerată separată de grupul din care personana face parte. Vygotsky a susținut cunoașterea ca fiind relativă la situația în care se găsesc cei care o exercită. Cu toate acestea, teoria nu precizează suficient că indivizii se pot ridica deasupra normelor sociale aceptate la un moment dat în social, bazându-se pe capacitatea lor de a aduce înțelegere personală în problematica respectivă (Lui & Matthews, 2005).

1.3.5. Kurt Lewin: Teoria câmpului și adolescența

Kurt Lewin (1890–1947) este de origine germană, a fost student la Universitatea din Berlin, a fost influențat de mișcarea Psihologiei Gestaltiste timpurie și de teoria psihanalitică, în special în ceea ce privește motivația.

Dar teoria lui Lewin privind adolescența este conceptual diferită de alte teorii. Teoria sa asupra dezvoltării adolescenților este explicit menționată în „Teoria câmpului și experimentul în psihologia socială" (1939). Teoria câmpului explică și descrie dinamica comportamentului adolescentului ca individ fără a face o generalizare cu privire la adolescenți ca grup. Construcțiile lui ajută la descrierea, explicarea și prezicerea comportamentului unui anumit individ într-o situație specifică. Astfel, teoria câmpului aplicată adolescenței este exprimată explicit și declarată mai formal decât în cadrul altor teorii ale dezvoltării adolescenței (Muus et al., 1996)

Fundamentală pentru teoria dezvoltării lui Lewin cu privire la adolescență este ideea că adolescența este o perioadă de tranziție în care adolescentul trebuie să-și schimbe apartenența la grup. În timp ce atât copilul, cât și adultul au un concept destul de clar despre modul în care

se încadrează în grup, adolescentul aparține parțial grupului de copii, în parte grupului de adulți, fără să aparțină în totalitate niciunuia dintre ele.

Părinții, profesorii și societatea reflectă această lipsă de statut de grup clar definit; iar sentimentele lor ambigue față de adolescent devin evidente când este tratat la un moment dat ca un copil, iar la un alt moment ca un adult. Dificultăți apar deoarece anumite forme de comportament copilăresc nu mai sunt acceptabile. În același timp, unele forme de comportament adulte nu sunt încă permise, sau dacă acestea sunt permise, ele sunt noi și ciudate pentru adolescent (Muus et al., 1996).

Adolescentul se află într-o stare de „locomoție socială", deoarece se mută într-un câmp social și psihologic nestructurat. Obiectivele nu mai sunt clare și căile spre ele sunt ambigue și pline de incertitudini – adolescentul nu mai poate fi sigur că duc chiar la obiectivele sale.

Din moment ce adolescentul nu are încă o înțelegere clară a statutului, așteptărilor și obligațiilor sale sociale, comportamentul său reflectă această incertitudine (Muus, et al., 1996).

De exemplu, adolescentul se confruntă cu mai multe opțiuni atractive, care în același timp au granițe relativ imperfecte. Conducerea unei mașini, consumul de marijuana sau de alte droguri considerate recreaționale, relațiile sexuale, sunt toate posibile obiective cu valență pozitivă și astfel, ele pot deveni o parte din spațiul de viață al adolescentului. Cu toate acestea, ele sunt, de asemenea, inaccesibile din cauza restricțiilor parentale, a limitărilor legale sau a codului moral intern al individului (Muus, et al., 1996).

Din moment ce adolescentul se deplasează într-un câmp aflat într-o schimbare rapidă, nu cunoaște direcțiile către scopuri specifice și este deschis orientării constructive, dar este de asemenea, vulnerabil la persuasiune și presiune (Muus, et al., 1996).

1.3.6. Abordarea neuro-cognitivă

Una dintre cele mai recente completări la domeniile abordate de specialiștii în dezvoltare, abordările neuro-cognitive vizează înțelegerea dezvoltării cognitive cu ajutorul studiului proceselor cerebrale (Jetha & Segalowitz, 2012).

Noțiunile istorice ale dezvoltării proceselor neuronale în adolescență s-au concentrat asupra modificărilor hormonale semnificative care apar

în tranziția a indivizilor de la copilărie la adolescență. Cu toate acestea, noile cercetări, folosind tehnologia de ultimă oră pentru a vizualiza creierul uman sănătos prezintă o imagine mai nuanțată a adolescenței. Instrumente cum ar fi imagistică prin rezonanță magnetică morfologică și funcțională (mRMN și fRMN) au informat despre modul în care funcționează creierul pe întreaga durată de viață. (Galvan, 2012)

Datele empirice din domeniul neuroștiințelor și abordările de cercetare în domeniu prezintă cele mai recente modele neurobiologice și psihologice care au fost propuse în sprijinul explicației comportamentului adolescentului (Galvan, 2012). Premisa generală a acestor modele este că regiunile creierului pe care ne bazăm pentru luarea deciziilor și judecata se dezvoltă pe parcursul diferitelor traiectorii de dezvoltare: sistemele motivaționale și emoționale depășesc maturarea cortexului prefrontal, care este important pentru reglementarea comportamentului și planificarea obiectivelor (Galvan, 2012).

Studii de imagistică ale creierului uman arată că materia cenușie de la nivelul cortical are o traiectorie de U întors pe parcursul dezvoltării. De-a lungul copilăriei materia cenușie crește în volum, are un apogeu în copilăria mare și adolescența timpurie, și se subțiază sau intră în declin ca volum în perioada adultă timpurie. În același timp, materia albă se dezvoltă liniar în această perioadă și crește în volum în mod constant (Jetha & Segalowitz, 2012).

Procesul de mielinizare responsabil de viteza de transmitere a informației între celulele nervoase servește de asemenea limitării plasticității inițiale a conexiunilor, conducând la așa numitele ferestre sau perioade critice ale dezvoltării, când experiența poate produce schimbări la nivelul acestora (Jetha & Segalowitz, 2012). Ca și în studiile realizate în cazul copiilor sălbăticiți sau copiilor lup, concluzia este că încheierea mielinizării fibrelor nervoase reduce mult plasticitatea țesutului neuronal și face imposibilă implantarea unor operații și funcții superioare (Neveanu, 1976, p. 117). De aceea intervenția timpurie în cazurile deprivării senzoriale este mai de succes, iar prevenția este și mai însemnată.

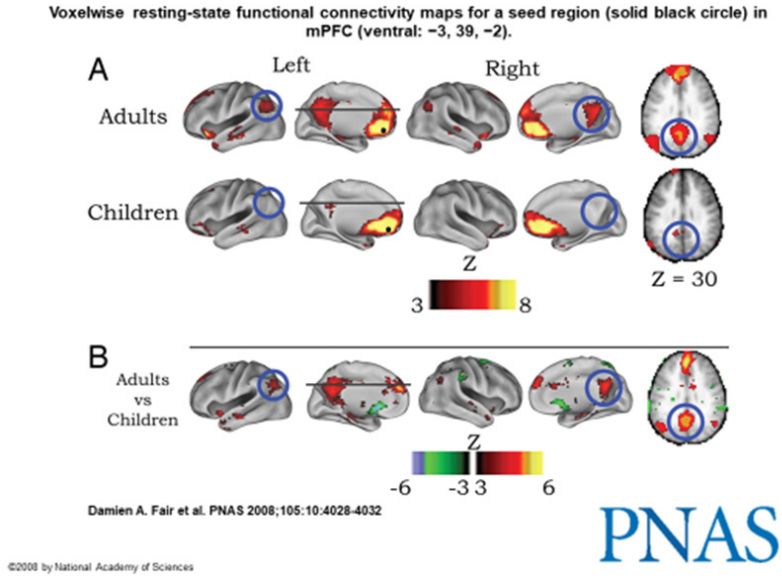

Fig. 3. ***Studiul comparativ asupra zonelor active de conectivitate cerebrală la copii și adulți***
Studiul a fost făcut cu RMN funcțional. La nivel calitativ, harta activității cerebrale la adulți pentru zona ventrală relevă un pattern de conectivitatecomun pe rețeaua default. Harta conectivității la copii este diferită de cea a adulților. Conexiunile funcționale din regiunea cortexului cingulat posterior și regiunile parietale laterale (evidențiate cu cercul albastru-deschis) sunt prezente doar la adulți, nu și la copii (*Sursa:* Damien A. Fair et al., 2008)

Privitor la diferențele între sexe, cercetările arată că volumul creierului băieților este cu aprox. 10% mai mare și că acest procent nu e în relație cu greutatea sau înălțimea individului. Diferența în privința mărimii creierului nu influențează gradul de conectivitate sau densitatea receptorilor și nici alți factori legați de capacitățile funcționale și deci nu se traduce în nicio diferență funcțională (Giedd et al., 1996).

În general, studiile sunt într-o mare proporție pozitive legate de faptul că băieții au o proporție mai mare de materie alba și fetele o proporție mai mare de materie cenușie (Block & Calderon-Garciduenas, 2009, Bergen et al, 2007). Relevanța acestor diferențe nu este încă cunoscută (Davidson et al, 2006, Bialystok, 1999).

Pe parcursul adolescenței amigdala crește semnificativ la băieți, pe măsură ce volumul hipocampului crește mai repede la fete (Gied et al., 1996). Explozia hormonală specifică adolescenței pare să influențeze creșterea pe arii diferite a creierului, asta și pentru că amigdala are un număr crescut de receptori androgeni (Clark et al., 1988) și hipocampul are un număr mai mare de receptori pentru estrogeni (Morse et al, 1986).

Receptorii pentru hormonii masculini și feminini se găsesc în număr mare în amigdala și hipocamp, așa încât diferențierea receptorilor poate fi responsabilă pentru anumite diferențe în creșterea și dezvoltarea unor regiuni ale creierului (Jetha & Segalowitz, 2012).

Neurotransmițătorii sunt de asemenea importanți în dezvoltarea și funcționarea creierului, ei răspund de transmiterea semnalelor de la un neuron la altul, prin sinapse. Neurotransmițătorii sunt de două feluri: inhibitori și stimulatori. Dopamina este în mod special importantă în contextul dezvoltării cerebrale datorită abundenței receptorilor de dopamină din cadrul sinapselor sistemului de recompensă și din ariile centrale ale funcțiilor executive (regiunile prefrontale) (Jetha & Segalowitz, 2012).

Dopamina e responsabilă cu învățarea cu privire la ceea ce este recompensativ în mediu (Spear, 2010, Wahlstorm et al, 2010). Sistemul dopaminergic suportă modificări pe parcursul adolescenței așa încât această perioadă se presupune a fi mai sensibilă la învățarea prin recompensă (Jetha & Segalowitz, 2012).

Trebuie precizat că tot ceea ce este cunoscut privitor la activitatea biochimică a creierului uman are limitări legate de faptul că studiile au fost realizate pe animale (Andersen et al, 1997, Teicher et al, 1993).

De asemenea, schimbările care apar în sistemul dopaminergic și în funcțiile receptorilor au implicații la nivel motivațional (motivarea centrată pe recompensă) și la nivel comportamental, fiind responsabile de manifestarea comportamentelor de risc specifice adolescenței (Jetha & Segalowitz, 2012).

Înțelegerea mai rafinată a maturizării rețelelor neuronale are implicații în înțelegerea comportamentului adolescentului. Atunci când rețelele frontale nu sunt pe deplin mature, există o șansă mai mare pentru adolescenți privind maximizarea resurselor prefrontale în timpul sarcinilor care implică activitatea prefrontală (adică organizarea, strategizarea, planificarea sau reglarea emoției). Stresorii suplimentari din mediu, fie

neașteptați, fie în curs de desfășurare (probleme familiale, sociale sau legate de boli), poat duce la un comportamente și alegeri defectuoase pentru persoanele care lucrează deja la capacitate maximă pe zona prefrontală.

De asemenea, trebuie să ținem cont de faptul că un adolescent în situație de deprivare de somn începe ziua cu o reducere a capacității de „încărcare" prefrontală, și astfel probabilitatea de „supraîncărcare" este crescută.

Ca și alte perspective cognitive, abordările neuroștiinței cognitive iau în considerare procesele interne, mintale, dar se concentrează în mod specific asupra activității neuronale ce stă la baza gândirii, rezolvării de probleme și a altor comportamente cognitive.

Specialiștii în neuroștiințele cognitive caută să identifice ariile cerebrale și funcțiile lor reale care sunt legate de diferite tipuri de activități cognitive, mai degrabă decât să presupună că există structuri cognitive ipotetice sau teoretice legate de gândire. De exemplu, folosind tehnici de scanare a creierului, cercetătorii au demonstrat că gândirea cu privire la sensul unui cuvânt activează anumite zone ale creierului altele decât gândirea cu privire la modul în care cuvântul sună atunci când este vorbit. Lucrările în neuroștiințele cognitive oferă, de asemenea, indicii și asupra cauzei autismului.

O incapacitate de dezvoltare majoră care poate produce deficite de comunicare și comportamente de auto-vătămare la copiii mici. De exemplu, neurologii au descoperit că la copiii cu tulburări din spectrul autist apare o creștere explozivă și dramatică a creierului în primul an de viață. Prin identificarea tulburării cât mai devreme posibil, furnizorii de asistență medicală pot oferi o intervenție timpurie crucială (Akshoomoff, 2006; Lewis & Elman, 2008).

Abordările domeniului neuroștiințelor cognitive sunt, de asemenea, în prim-planul cercetărilor de vârf care identifică gene specifice asociate diferitelor tulburări, variind de la probleme fizice cum ar fi cancerul de sân, până la tulburările psihologice, cum ar fi schizofrenia. Identificarea genelor care produc vulnerabilitate la astfel de tulburări este primul pas în ingineria genetică în care terapia genică poate reduce sau chiar preveni apariția tulburării (DeLisi & Fleischhaker, 2007, Strobel et al., 2007; Ranganath, Minzenberg, & Ragland, 2008).

Limite și contribuții ale abordării neuroștiințelor cognitive

Abordările domeniului neuroștiințelor cognitive reprezintă o nouă frontieră în dezvoltarea copilului și adolescentului. Folosind tehnici de măsurare (multe dintre ele dezvoltate abia în ultimii ani) specialiștii pot observa funcționarea profundă a creierului.

Progresele făcute în înțelegerea geneticii au deschis, de asemenea, o nouă fereastră în dezvoltarea normală și anormală și au sugerat o varietate de tratamente pentru anomalii. Criticii abordării neuroștiințelor cognitive au sugerat că uneori oferă o descriere mai bună a proceselor decât să explice fenomenele de dezvoltare. De exemplu, constatarea faptului că copiii cu autism au creierul mai mare decât cei fără tulburări nu explică motivul pentru care creierul a devenit mult mai mare. Totuși, aceste date pot duce la o înțelegere mai amplă a unei game de fenomene de dezvoltare.

1.4. Principalele sarcini ale dezvoltării în adolescență

1.4.1. Conceptualizarea sarcinilor de dezvoltare ale adolescenței – Robert Havighurst

Robert J. Havighurst este cunoscut pentru contribuția la teoria dezvoltării umane ca fiind centrată pe stăpânirea a unor serii de sarcini cu privire la dezvoltare, mediate cultural și legate de vârstă. A fost un cercetător pasionat, un scriitor prolific și un activist pentru drepturile civile. Ca cercetător, a efectuat studii transversale și longitudinale centrate pe studiul dezvoltării sociale, emoționale și morale a copiilor și adolescenților în diferite subculturi americane cum ar fi cele dedicate culturii nativilor americanii.

Potrivit lui Robert Havighurst, sarcinile de dezvoltare sunt definite ca abilități, cunoștințe, funcții și atitudini pe care individul trebuie să le dobândească la un moment dat în viața sa; ele sunt dobândite prin maturizare fizică, așteptări sociale și eforturi personale. Realizarea cu succes a acestor sarcini va duce la ajustare și va pregăti individul pentru sarcinile mai dificile care urmează. Eșecul într-o sarcină de dezvoltare dată va duce la o lipsă de ajustare, anxietate crescută, dezaprobare socială și la incapacitatea de a face față sarcinilor mai dificile care vor urma (Muuss, 1975, p. 141).

Fiecare sarcină este o condiție prealabilă pentru următoarea. Pentru unele dintre aceste sarcini, există o bază biologică și, prin urmare, există o limită de timp definită în care trebuie îndeplinită o sarcină specifică. Incapacitatea de a îndeplini o sarcină în limita de timp poate face ca învățarea următoarei sarcini să fie mai dificilă, dacă nu chiar imposibilă. Prin urmare, Havighurst crede că există un „moment de învățare" pentru multe sarcini de dezvoltare. Prin intermediul agenților săi de socializare și a metodei de recompensă și pedeapsă, societatea încearcă să ajute persoana să învețe aceste sarcini de dezvoltare la momentele optime de vârstă (Muuss, 1975, p. 142).

Sarcinile de dezvoltare pentru adolescență (de la aproximativ 12 la 18 ani) sunt:

1. Acceptarea imaginii corporale și acceptarea unui rol masculin sau feminin
2. Noi relații sociale
3. Independența emoțională față de părinți și față de alți adulți
4. Asigurarea independenței economice
5. Selectarea și pregătirea pentru o ocupație
6. Dezvoltarea competențelor intelectuale și a conceptelor necesare competenței civice
7. Dorința și comportamentul social responsabil
8. Pregătirea pentru căsătorie și viața de familie
9. Construirea valorilor conștiente în armonie cu o imagine despre viață

În această etapă a vieții, adolescentul are de îndeplinit o sarcină majoră: aceea de a își crea o identitate clară, stabilă și de a deveni un adult matur, complet și productiv (Perkins, 2007).

Ralph Linton (1936) definește doi termeni fundamentali în psihosociologia personalității: *status* și *rol.* Termenul de *status* se referă la locul pe care individul îl ocupă în societate, definitoriu fiind ansambul de drepturi și îndatoriri care este asociat poziției sociale a individului. *Rolul*, pe de altă parte, reprezintă aspectul dinamic al *status*-ului. Pe măsură ce adolescentul își dezvoltă o conștiință de sine clară, experimentează diferite roluri și se adaptează la schimbările pe care le trăiește. Adolescentul realizează o serie de pași în această direcție, pași care reprezintă ei înșisi sarcini importante ale dezvoltării.

Aceste așa-numite *sarcini ale dezvoltării* pun în evidență modul în care societatea și cultura contemporană înteleg termenul de *dezvoltare normală* caracteristică unei etape distincte a vieții. Practic, perioada adolescenței impune asumarea și îndeplinirea cu succes a unui ansamblu de sarcini.

1.4.2. Reconfigurarea relațiilor sociale

Acum, adolescenții experimentează diferite modele de comportament și învață treptat să interacționeze cu ceilalți într-o manieră mai apropiată de cea adulților. Treptat, reușesc să dezvolte relații mai mature, bazate pe intimitate, încredere și respect față de alte persoane, în special cu ceilați băieți și fete care fac parte din aceași generație. De reținut este și faptul că maturitatea fizică joacă un rol important în relațiile cu colegii de generație: adolescenții care se maturizează mai lent (sau mai rapid) decât ceilați vor fi eliminați din grupul de covârstnici și vor intra în grupuri cu nivel similar de maturitate fizică și relațională (Hendry & Kloep, 2012).

1.4.3. Roluri sociale noi și dimensiuni psihosexuale

Perioada pubertății este eperimentată diferit de fete și băieți; într-o cercetare extinsă au fost intervievați adolescenți de ambe sexe concluzia fiind că pentru băieți este asociată o conotație pozitivă a așteptării de a deveni bărbați, rol asociat cu câștigarea forței fizice, a libertății și a unui statut superior, iar prin contrast, pentru fete pubertatea are conotații ambivalente, dacă nu chiar negative. Totodată, pentru fete, pubertatea aduce si o limitare a libertăților generată de dezvoltarea corporală care atrage o serie de pericole cum ar fi: violul, sarcina și hărțuirea (Martin 1996, apud Hendry & Kloep 2012).

Autorii consideră aceasta ca fiind expresia implicită a desemnării, în valorile sociale, a unui statut mai redus al femeii, iar identificarea fetelor cu rolul adult de femeie ar presupune acceptarea acestei inegalități în statut (Hendry & Kloep, 2012).

În această etapă adolescentul își dezvoltă o definiție proprie despre ceea ce înseamnă a fi „bărbat" sau „femeie".

Conform Sex Role Inventory (1974, 1981), identitatea dată rolului de gen (trăsăturile masculine sau feminine care nu au legătură cu sexul

biologic) trăsăturile masculine includ sentimentul autonomiei, spiritul competitiv și gândirea analitică, în vreme ce trăsăturile feminine includ empatia, blândețea și loialitatea. În felul acesta putem clasifica oamenii ca având trăsături puternic sau slab masculine sau feminine (Johnson, 2018).

Persoanele cu o masculinitate accentuată și cu o feminitate slab conturată sunt considerate masculine; persoanele cu trăsături slab feminine dar și slab masculine sunt considerate nediferențiate; iar persoanele care au scoruri înalte în ambele categorii sunt considerate androgine (Johnson, 2018).

Conform studiului făcut de Sandra Bem, femeile și bărbații caracterizați ca fiind androgini (având mai multe trăsături atât feminine, cât și masculine) câștigă de departe. Au o stimă de sine mai ridicată, o anxietate mai scăzută, abilități sociale mai bune, o capacitate mai mare de adaptare psihologică (Johnson, 2018)

1.4.4. Imaginea corporală și modificări de autopercepție

Pubertatea și viteza schimbărilor fizice care au loc în adolescență prezintă variații inter-individuale puternice. Cât de dificil (sau ușor) îi este adolescentului să facă față acestor schimbări depinde și de măsura în care el reușește să se încadreze în șabloanele determinate cultural (stereotipuri) bine definite, ale „corpului perfect" (Hendry & Kloep, 2012).

1.4.5. Relațiile cu părinții și independența emoțională

În cursul dezvoltării lor, copii internalizează valorile și atitudinile părinților. Adolescentul este pus în situația de a redefini toate acestea, dezvoltând treptat sentimentul încrederii în sine, în propriile valori, judecăți și sentimente. Pentru ambele părți, această trecere este mai lină atunci când părinții și adolescentul reușesc să ajungă la un acord privind acordarea unui nivel de autonomie acceptat mutual, care se va amplifica treptat (Hendry & Kloep, 2012).

1.4.6. Pregătirea pentru căsătorie și viața de familie

Maturizarea sexuală și emoțională reprezintă un element de bază pentru realizarea acestei sarcini de dezvoltare dificilă, aceasta cu atât mai mult cu cât, adesea, adolescenții confundă trăirile de natură sexuală cu intimitatea

autentică. De multe ori, confuzia legată de intimitate continuă și la vârsta adultă.

1.4.7. Independența economică

În societatea contemporană, adolescentul este considerat adult atunci când devine independent inclusiv din punct de vedere financiar. Rezolvarea aceastei sarcini este în unele cazuri provocatoare, dată fiind interdependența puternică între cariera profesională și independența financiară. Având în vedere că piața muncii este în continuă schimbare, că solicitările în ceea ce privește nivelul de educație și competențele profesionale sunt tot mai înalte, există situații în care independența financiară poate fi câștigată chiar la sfârșitul adolescenței; în multe alte cazuri ea apare cel mai probabil, în prima etapă a perioadei adulte (Hendry & Kloep, 2012).

1.4.8. Dezvoltarea simțului etic și a unui sistem de valori propriu

Dezvoltarea unui sistem de credințe și valori, a unei ideologii care să ghideze comportamentul în diferite contexte și situații reprezintă unul dintre cele mai importante aspecte ale dezvoltării adolescentului, cu determinări profunde pentru cursul dezvoltării sale ulterioare.

1.4.9. Dorința de a dezvolta un comportament social responsabil

Familia reprezintă primul cadru în care copiii se definesc pe ei și lumea în care trăiesc. Definirea unui nou status și a rolului social pe care îl ocupă în cadrul comunității din care fac parte, dincolo de contextul familiei de origine, reprezintă o realizare importantă pentru adolescenți și tineri. Consecutiv, capacitatea de autonomie emoțională, decizională și comportamentală în contextul unei lumi tot mai largi, care depășește cu mult cadrul familiei restrânse, permite adolescentului să definească și să se angajeze în noi roluri sociale (Hendry & Kloep, 2012).

1.4.10. Pregătirea pentru viața profesională

Pregătirea pentru viața profesională în societatea contemporană, pentru adolescent, se definește în susținerea stabilității carierei școlare, diferențierea

profilului intereselor, în coerența, creșterea, congruența și angajamentul de construcție a identității profesionale și planificarea și explorarea carierei (orientarea carierei).

1.5. Cele patru întrebări-cheie ale adolescenței

Dezvoltarea intelectuală și trecerea de la gândirea concretă la gândirea abstractă oferă adolescentului instrumentele mentale necesare autodescoperirii și autodefinirii propriei persoane. Perkins (2007) arată că în încercarea de a se defini pe sine și, în același timp, de a redefini relațiile lor cu lumea, adolescenții sunt preocupați să găsească răspunsul la întrebări noi ce țin de noua perspectivă proaspăt dobândită:

- ***Cine sunt eu?*** Ce răspuns pot să dau la această întrebare, având în vedere în primul rând asumarea noilor roluri sociale și sexuale?
- ***Sunt o persoană normală?*** Altfel spus, în ce măsură mă încadrez într-un anumit grup pe care eu (sau alții, a căror opinie contează pentru mine) îl consider(ă) „normal"?
- ***Sunt o persoană competentă?*** Sunt oare capabil/ă să realizez ceva care este valorizat de către părinți mei, de către cei de aceeași vârstă cu mine, de societate în general?
- ***Sunt iubit/ă?*** Și, mai ales, ***Sunt demn/ă de a fi iubit/ă?*** Altfel spus, ar putea cineva să mă iubească (în afară de proprii mei părinți)?

Doar prin explorarea propriei lumi, adolescentul va putea veni cu răspunsuri la aceste întrebări, precizează Perkins.

Capacitatea de introspecție nou câștigată, puterea de a privi spre sine, fac din această perioadă debutul călătoriei desăvârșirii identității, adolescentul reușește poate doar sa articuleze întrebarea, răspunsul este o construcție de durată.

Pentru a se putea simți oameni normali în raport cu ceea ce sunt în realitate, adolescenții au nevoie să semene mai mult cu prietenii covârstnici, decât cu proprii părinți. Conform rezultatelor cercetării, adolescenții își aleg în general prieteni ale căror valori sunt similare cu ale părinților. Adolescenții fac pași spre independență, dar nu sunt independenți.

Cercetarea mai arată și importanța monitorizării parentale în ghidarea relațiilor cu prietenii. Este important ca monitorizarea parentală, arată

Perkins, să se bazeze pe întrebări clare: Unde te duci? Cu cine mergi?, Ce vei face?, Când te întorci acasă?

Perspectiva sa conține ideea cum că părinții și adulții care lucrează cu adolescenții este nevoie să se dezvolte de asemenea, pentru a depăși în manifestare rolul unei figuri de autoritate și a funcționa într-un rol mai degrabă de *facilitator*. Monitorizarea parentală e nevoie sa fie realizată din acest rol, de facilitator.

El arată că părinții și adulții care lucrează cu adolescenții trebuie să încurajeze adolescenții și să le testeze interesele, să ofere informații concrete și oportunități care să permită adolescenților să-și exploreze trăirile și propria lume. Adolescenții, spune el, trebuie ajutați să găsească cel puțin un *domeniu de interes*, de îndemânare, să simtă că sunt buni în ce fac și pot „stăpâni" o competență.

Părinții și adulții trebuie să ofere informații concrete și oportunități care să permită adolescenților să-și exploreze trăirile și propria lume.

La fel ca orice altă ființă umană, adolescenții au nevoie să știe că sunt iubiți de părinți și de alți adulți. Adolescenții, spune autorul, au o dezvoltare optimă atunci când au o familie suportivă și o viață în comunitate bazată pe:

- Căldură și respect reciproc
- Interesul real manifestat de părinți și de alți adulți
- Atenția arătată de părinți și de alți adulți cu privire la schimbările cognitive, emoționale sociale și fizice ale adolescenților
- Standarde clare privind disciplina și monitorizarea atentă
- Comunicarea așteptărilor adecvate penntru achiziții și comportamente etice
- Modalități democratice și eficiente în gestionarea conflictelor.

Cercetarea lui Perkins are ca obiectiv oferirea de linii directoare și bune practici în raportul adulților cu adolescenții.

Perkins contribuie semnificativ prin formularea celor patru întrebări mai ales la conturarea unui model de relaționalre cu adolescenții. Chiar dacă aceste întrebări apar în adolescență, în general adolescentul nu răspunde complet la ele în această perioadă. Ele sunt adresate din nou și în perioada adultă, chiar daca poate că nu mai sunt atât de intense.

1.6. Tinerețea și tânărul adult – vârsta adultă emergentă

De la publicarea cărții lui Arnett (2004) privind specificitatea perioadei de maturitate precoce în dezvoltarea umană, este acum aproape imposibil de ignorat această nouă eră a vieții respectiv de la 17/18 ani până la 25 de ani (Gaudet, S. 2007). El definește acest lucru „momentul vieții ca vârsta explorării identității, instabilitate, grijă de sine", vârsta în care tinerii nu mai sunt adolescenți fără să se simtă neapărat adulți, o vârstă de deschidere pentru noi posibilități. Arnett distinge perioada de „maturitate în devenire" a adolescenței și perioada „tânărului adult", care va începe la 30 de ani ani. Un moment în care tinerii, în timp ce explorează, au capacitatea de a-și dezvolta capitalul de identitate și cultural (Côté, 2002). Este o perioadă de viață în care procesul de socializare este special pentru că există tensiuni între dorința de individualizare și dorința și nevoia de inserție, adică necesitatea integrării sociale (Gaudet, 2005).

Cu toate acestea Hendry și Kloep în prezentarea „Emerging adulthood or eternal youth?" (2007) argumentează la viziunea lui Arnett lipsa necesității introducerii unui nou stadiu de tranziție.

Cert este că viața tinerilor de astăzi, în condițiile globalizării, a progresului tehnologic alert, a democratizării relațiilor de familie, s-a schimbat față de viața pe care o aveau tinerii în urmă cu jumătate de secol.

Vârsta căsătoriei, care era anterior în adolescența târzie sau în jurul vârstei de 20 ani, este acum mai aproape de vârsta de 30 de ani în țările industrializate (Douglass, 2005, 2007, apud Arnett, et al., 2011, Fussel și Fustenberg, 2005).

Vârsta la care tinerii aleg să devină părinți a crescut și ea, mai mult sau mai puțin în paralel, odată cu creșterea vârstei căsătoriei. Sexul premarital, anterior interzis sau măcar dezavuat, este acum larg acceptat, iar în America de Nord și în nordul Europei coabitarea înaintea căsătoriei a devenit normalitate (Jensen, 2001; Stanley et al., 2006, apud Arnett, et.al., 2011).

Femeile tinere, care anterior s-au limitat la rolurile de mame și de soții, fără a avea nevoie de educație sau de carieră, depășesc acum bărbații tineri la nivel educațional, în întreaga lume. (Coleman & Schofield, 2007; National Center for Education Statistics, 2009, apud Arnett et al., 2011).

Învățământul și formarea postsecundară au devenit mai importante decât oricând, deoarece economia s-a mutat de la o bază de producție la

o concentrare pe informații, tehnologie și servicii. Apar astfel noi trăsături ale tranziției la maturitate care necesită luate în considerare, în lumina schimbărior culturale, tehnologice și economice, care reprezintă cadre dinamice și cruciale, în care tinerii se confruntă cu provocările și riscurile luptei de a obține statutul de adulți (Arnett et al., 2011).

Gama de procese sociale, cum ar fi dezvoltarea unei „societăți cu risc" (Beck, 1992), „detradiționalizare" (Heelas et.al., 1996) și „individualizare" (Beck 1992; Furlong & Cartmel, 1997), a avut un impact puternic asupra semnificației și experiențelor trecerii tinerilor la vârsta adultă (apud Arnett, et.al.,2011).

Castells (1998) a observat că contururile contemporane ale condițiilor sociale, economice și culturale difuze prezintă noi provocări, deoarece oamenii trebuie să-și conducă viața fără o „hartă a drumului" (GPS). Această „eliberare" socioculturală face ca în zilele noaste tinerii să fie mai puțin capabili să recurgă la căile tradiționale de cunoaștere și experiență și mai puțin înclinați să se bazeze pe competența consultativă a adulților (Arnett, et al., 2011).

Societatea modernă oferă tinerilor cel puțin iluzia flexibilității și a varietății, inclusiv convingerea că în viața socială „orice alegere oate fi o opțiune viabilă": Să se căsătorească sau să nu se căsătorească, să trăiască într-un parteneriat cu un partener de de sex opus sau același sex, să aibă copii în adolescență, în perioada adultă târzie sau deloc, să aibă primul loc de muncă și o educație superioară mai târziu sau invers sau să alterneze între cele două. Aproape toate opțiunile sunt reversibile: partenerii, locurile de muncă și locuințele pot fi părăsite și înlocuite (Arnett et.al., 2011).

Acest curs de viață destandardizat a fost creat de un număr de factori macrosociali, cum ar fi piețele de locuri de muncă fluctuante și incerte, cerințele ocupaționale pentru calificări superioare și schimbarea obiceiurilor și practicilor sociale. Timpul liber a fost de asemenea, afectat de aceleași tehnologii noi și de globalizare care au transformat viața activă: ieri jocurile pe computer, astăzi rețele de socializare.

Un interval mai mare de vârstă intră astăzi în ceea ce se considera a fi tinerețea, diferențele între sexe și între clase socialăe sunt mai difuze, iar gusturile și stilurile sunt fragmentate. Gusturile tinerilor par să nu se încadreze în în funcție de clasificarea de gen, clasa socială sau granițele geografice (Roberts & Parsell, 1994, apud Arnett et al., 2011).

În această stare de volatilitate, există puține schimbări normative perntru tineri, deși acest lucru nu se limitează doar la tinerii. Fauske (1996) a remarcat, cu ceva timp în urmă, că există un fel de căutare perpetuă a tinereții – devenită evidentă – în care adulții se comportă ca tinerii: se supun intervențiilor chirurgicale cosmetice, se întorc la facultate, se îndrăgostesc de un nou partener, se angajează la locuri de muncă în domenii noi, având activități incitante de petrecere a timpului liber, și adoptând moda „tinerilor". Astfel, distincția dintre statutul de tânăr și statutul de adult a început să devină difuză în ultimele decenii și a continuat să se estompeze (Buchmann, 1989, apud Arnett et al., 2011).

În concluzie, Arnett (2000, 2004, 2006, 2007, 2010), Fustenberg et al. (2005) și Tanner, (2006) au sugerat că schimbările în viața tinerilor pot fi cel mai bine înțelese ca implicând apariția unui *nou stadiu de viață*, numită *maturitate emergentă*.

Arnett (2011) arată că deși Erikson (1902–1994) și Havighurst (1900–1991) și-au extins teoriile dezvoltării umane pentru a cuprinde toată durata vieții, etapele pe care le-au descris nu mai reflectă în totalitate experiențele reale ale oamenilor de azi. Havighurst a considerat că perioada adolescenței se încheie în jurul vârstei de 20 de ani (timp în care individul trebuie să-și stabilească identitatea și să-și rezolve sarcinile de dezvoltare: alegerea unei cariere, obținerea independenței emoționale), având ca punct aproximativ de plecare vârsta de 35 de ani către perioada mijocie a vieții adulte.

Având în vedere că mulți tineri așteaptă astăzi până la vârsta de 30 de ani să se căsătorească și să aibă primul lor copil – este adevărat că „30 este noul 20" (Arnett, et al., 2011), este evident că psihologia dezvoltării are nevoie de o abordare nouă și diferită pentru a explica dezvoltarea duratei de viață în lumea modernă, cu schimbările și variațiile sale, în prezența variațiilor culturale.

În plus, aceste forțe globale și influențele societății pot varia între țări. Larson (2002) a arătat că există multe noi forme ale adolescenței funcționând în întreaga lume, reflectate prin circumstanțe distincte și sisteme culturale, și nu o singură cultură globală a tinerilor (Arnett et al., 2011).

La începutul anilor 1990, de exemplu, Kloep și Hendry (1997) au descris societatea albaneză în tranziție, în care tinerii admirau stilurile de viață occidentale, dar nu aveau mijloacele necesare pentru a le realiza. Pentru oamenii de știință interesați de viața tinerilor, în mod clar vechile teorii

care plecau de la premisa existenței rolurilor adulte stabile pentru femeile aflate la vârsta de 20 de ani, nu mai sunt adecvate pentru America, Europa și pentru Asia industrializată a secolului XXI.

Arnett (2011) insistă că este necesară regândirea și re-conceptualizarea teoriilor dezvoltării, astfel încât să fie luate considerare schimbările profunde din ultimele decenii iar stadiul adultului

Cu o jumătate de secol în urmă, tinerii au făcut tranziția de la adolescență la vârsta adultă într-o perioadă relativ scurtă, în jurul vârstei de 20 de ani, când cei mai mulți dintre aceștia au intrat în rolurile cel mai frecvent asociate cu maturitatea, în principal căsătoria, rolul parental și (pentru tineri) munca (Arnett et.al., 2011).

Acum perioada dintre adolescența târzie și cea de după vârsta de 20 de ani s-a schimbat complet. Nu este un moment de intrare în căsătorie și parentalitate, ci un moment pentru a avea relații romantice și sexuale cu o varietate de parteneri, cu unele relații care includ conviețuirea. Nu este momentul pentru angajarea într-un loc de muncă stabil cu normă întreagă, ci un timp de educație și formare continuă pentru a răspunde cerințelor economiei moderne de informații/tehnologii/servicii, urmată de o serie de locuri de muncă pe termen scurt și de căutarea unui loc de muncă care va fi în mod optim și satisfăcător. Accentul nu este acela de a face angajamente față de alții, ci de a ajunge la satisfacție personală (Arnett et al., 2011).

Numai după ce a fost atinsă satisfacția personală și s-a experimentat o perioadă extinsă de libertate auto-concentrată, adulții în curs de dezvoltare se simt gata să devină adulți tineri și să-și asume întreaga responsabilitate pentru specifică pentru adulți (Douglass, 2005; Tanner, 2006).

Pentru a adapta variațiile în dezvoltare, Arnett (2006, 2010) a sugerat că nu există o vârstă adultă în curs de dezvoltare, ci *mai multe perioade adulte de transformare*.

Adică, adulții în curs de dezvoltare din întreaga lume împărtășesc asemănările demografice, prin faptul că așteaptă până cel puțin la vârsta de 20 de ani pentru a intra în roluri adulte stabile și pot împărtăși similarități de dezvoltare, cum ar fi concentrarea pe explorările de identitate (Arnett et al., 2011).

Experiențele lor pot varia în funcție de contextul socio-cultural, de oportunitățile de educație și nivelul educațional, de clasa socială căreia

aparțin (Davis, 1945). O problemă importantă pentru domeniul în curs de dezvoltare a studiilor privind transforările din perioada adultă este de a explora și descrie această variație.

Comunitatea științifică dezbate valoarea acestui termen „maturitate în devenire sau vârstă adultă emegentă". În mod evident mulți cercetători au găsit-o valoroasă, deoarece în mai puțin de un deceniu a devenit folosită în sute de studii de către oamenii de știință din întreaga lume (Seiffge – Krenke & Gelhaar, 2008), în domenii precum psihologie, psihiatrie, antropologie, educație, medicină, asistență socială, teologie și drept (Arnett, 2007, apud Arnett et al., 2011).

În contrast cu această mișcare, Hendry și Kloep (2007) au o viziune diferită și susțin că teoriile stadiale nu au fost niciodată capabile să îmbrățișeze (sau să explice) tranzițiile individuale pe parcursul vieții, deoarece au existat întotdeauna grupuri și subgrupuri care s-au abătut considerabil de la norme create de psihologii tradiționali de dezvoltare.

Prin urmare, deoarece nu există scene universale, teoriile stadiale nu pot fi teorii universale. Dacă nu sunt teorii universale, atunci, în cel mai bun caz, ele sunt doar teorii parțiale, valabile pentru grupuri mici de oameni în anumite perioade istorice și în anumite societăți. Ar însemna, de asemenea, că vom avea nevoie de o teorie diferită pentru fiecare cultură și una nouă pentru fiecare perioadă istorică (deci multe teorii vor fi depășite foarte repede în momente de schimbare socială rapidă) (Arnett et al., 2011).

Prin urmare, pentru Hendry și Kloep, inventarea unei noi etape și punerea unui nume extravagant nu adaugă mai mult înțelegerii noastre despre dezvoltarea umană decât gruparea unei cohorte de oameni pe baza vârstei lor și descrierea unor comportamente comune. Din acest motiv, Hendry și Kloep susțin că înțelegerea psihologică ar fi mai puternică dacă *am elimina total teoriile etapelor* și am încerca să găsim *explicații ale proceselor și mecanismelor care guvernează schimbarea umană* la orice vârstă. (Arnett et al., 2011).

1.6.1. Perioada de tinerețe

Perioada tinereții conține o serie de elemente generatoare de schimbări, atât pe plan psihic, cât și pe plan social. Tranziția care are loc dinspre adolescență către tinerețe este una destul de dificilă, deoarece pleacă de

la întrebarea Cine sunt eu?, întrebare ce provoacă schimbări psihologice furtunoase în viața individului. Mai mult, presiunea alegerii carierei profesionale și/sau educaționale (adică deciziile întreruperii studiilor în favoarea începerii unei cariere profesionale sau dimpotrivă, deciziile luate în favoarea continuării studiilor și amânarea angajării pe piața muncii), duce la apariția altor întrebări, cum ar fi: Cum sunt? Cine pot deveni? Ce alte lucruri pot realiza/face? Aceste întrebări își primesc răspunsul în timp, prin experimentarea rolurilor ocupaționale, sociale și sexuale (Sion, 2014).

Mai trebuie menționat faptul că perioadele delimitate de vârstă sunt orientative, deoarece dezvoltarea psiho-socială diferă de la un individ la altul, în funcție de diverși factori, cum ar fi: moștenirea genetică, educația, mediul social, cultura, istoria de viață și evenimentele de viață etc.

1.6.1.1. Etapele perioadei de tinerețe

Perioada tinereții fiind una foarte complexă în viața individului, au existat mai multe încercări de a o delimita de celelalte perioade, precum și de a o împărți, în funcție de elementele definitorii ale fiecărei etape (Sion, 2014).

Erikson a definit stadiul adolescenței ca fiind unul guvernat de criza identitate vs. confuzia de rol, iar stadiul adult având ca definitorie criza intimitate vs. izolare, tinerețea situându-se practic la sfârsitul adolescenței și la începutul stadiului adult (Sion, 2014).

Dacă până acum, adolescenții depindeau de suportul material și emoțional al părinților, de acum încolo începe stadiul adultului tânăr, stadiu ce presupune noi roluri și din ce în ce mai multe responsabilități, tânărul luând viața în propriile mâini, confruntându-se cu primele obstacole, eșecuri și încercări cărora el trebuie să le facă față.

Ursula Șchiopu și Emil Verza (1997) numesc perioada 18–25 ani „adolescență prelungită", cuprinzând în aceasta tineretul integrat educațional sau profesional. Totodată, perioada tinereții începe și prin experimentarea competiției, cooperării, prieteniei, sexualității. Aceiași autori consideră că perioada adultului tânăr ar fi între 25 și 34 de ani, perioadă în care indivizii se căsătoresc, are loc o consolidare a căsniciei, un proces de adaptare activă, libidoul este foarte activ, crescător, crește intimitatea, familia e dominată de dorința întreținerii confortului afectiv, apariția rolului de părinte, se

constituie grade de autonomie și dependență între soți, iar creșterea copiilor mici lărgește sfera intimității.

Transformările către viața adultă și etapele adulte, așezate secvențial și cronologic, pentru Gould (1978) apar după cum urmează:

- Părăsirea lumii părinților (16–22 ani)
- Intrarea în lumea adulților (22–28 ani)
- Chestionalea și reexaminarea (28–34 ani)
- Vărsta de mijloc (35–45ani)
- Reconcilierea (43–50ani)
- Stabilitate și acceptare (50 și peste)

Sensul dezvoltării pe stadiile interioare ale conștiinței, se cristalizează în concepția lui demolând cele patru mari ipoteze false pe care tinerii în devenirea lor de adulții trebuie să le rezolve:

1. „Vom trăi mereu împreună cu părinții noștri și vom fi copii."
2. „Părinții fi întotdeauna acolo pentru a ne ajuta atunci când nu putem face ceva singuri."
3. „Viața este simplă și controlabilă".
4. „Nu există nici o moarte reală sau rău în lume".

Levinson consideră că între 20 și 45 de ani este perioada adultă timpurie, care se împarte, la rândul ei, in subetape. Subetapa ce corespunde perioadei tinereții este caracterizată de o tendință de amânare a căsătoriei, forma cea mai întâlnită fiind uniunea liber consimțită și de o creștere a vârste la care tinerii devin părinți, toate acestea indicând o și o amânare a intrării în viața adultă.

1.6.1.2. Problematica rolurilor în perioada de tinerețe

Intrarea adolescentului în viața adultă emergentă vine cu o multitudine de roluri, atât în plan social, cât și în plan personal, roluri care aduc cu ele responsabilitățile aferente (Sion, 2014).

Ruperea treptată de suportul afectiv și material al părinților este însoțită de o cantitate mare de stres, deoarece chiar dacă își doresc să aibă libertatea de decizie, aceasta nu înseamnă că necunoscutul (situațiile noi) nu provoacă dezamăgiri, frustrări, anxietate sau teamă.

Confruntarea cu primele obstacole, eșecuri sau situații-limită poate destabiliza tânărul în încercarea lui de a face față noilor roluri. De exemplu,

rolul de partener de cuplu vine cu responsabilități și implicații emoționale care pot destabiliza tânărul în rolul său profesional (Sion, 2014).

În plan psihosexual, adolescența este perioada de autoconștientizare a identității sexuale, o perioadă de acomodare cu noile trebuințe. Tot aici, modul în care adolescenții își percep corpul și consideră că sunt percepuți de ceilalți, structurează calitatea și abilitatea interrelaționării, dar mai ales formarea unei identități sexuale detașate, necomplexate (Ciupercă, 2000).

Erikson (1969) consideră că tranziția pe planul psihosexual este cu atât mai dificilă, cu cât ea se suprapune cu transformarea pe toate celelalte planuri și cu numeroase schimbări de roluri, dar – mai ales – cu formarea identității individului.

Practic, prin asumarea noilor roluri și prin modalitățile de exercitare a acestora, se conturează identitatea (Cine sunt eu?).

Identitatea de sine include mai multe componente, printre care: identitatea fizică, psihosexuală, vocațională, moral spirituală, reflectate în comportament ele afirmă și întăresc personalitatea individului (Mitrofan & Ciupercă, 2002).

Pentru unii tineri intră în discuție și rolul de părinte care testează capacitatea individului a gestiona lărgirea sferei intimității, precum și capacitatea sa de a echilibra întrepătrunderea noului rol cu cel de partener de cuplu, precum și cu cel profesional.

În încercarea individului de a integra noul rol în universul celor deja existente și de a le modifica cu scop de echilibrare, apar o serie de obstacole care pot fi trecute doar printr-o adaptare eficientă la noua situație care cuprinde flexibilzarea și transfomarea rolurilor existente (Sion, 2014).

Flexibilizarea rolurilor de cuplu presupune adaptarea la noile cerințe, legate de exemplu de exercitarea unui rol nou cum ar fi cel de părinte. În contrast, inflexibilitatea de rol marital poate duce la tensiuni în cuplu la apariția copiilor, dat fiind că rolul parental, cel puțin în primii ani ai copilului tinde să fie mai încărcat de responsabilitate iar rolul matern deseori mai proeminent.

Transfomarea rolurilor presupune că rolul de mamă a unui copil de doi ani este diferit de rolul de mamă a unui copil de patru ani, care are de exemplu mai mare trebuință de autonomie, așadar transfomarea rolului matern are o dinamică ce este necesar să urmeze adecvarea la nevoile vârstei copilului.

1.6.1.3. Alegerea carierei și elemente de consiliere vocațională

Majoritatea studiilor efectuate în ultimele decenii au evidențiat faptul că piața muncii are nevoie de oameni bine pregătiți din punct de vedere tehnic și practic, dar și cu o capacitate mare de adaptare, ceea ce înseamnă că tinerii au nevoie de consiliere vocațională, pentru ca ei să reușească în ceea ce-și propun.

Adolescenții mai mari și adulții tineri aflați în tranziție țintesc spre a se dezvolta ca persoane independente ce relationează cu ceilalți într-un mod adaptat și au acum o nouă temă în a balansa atât nevoile personale cât și pe cele profesionale.

Un studiu de acest gen este cel al lui Amundson, Borgen și Tench, care a venit cu un *model de competență compus din opt arii de bază*: scopul, rezolvarea de probleme, abilitățile de comunicare, cunostințele teoretice, conoștințele aplicate, adaptabilitate la nivel organizațional, abilități de relaționare și încredere în sine (Amundson & Borgen, 1995).

Totodată, ei au propus și *strategii de consiliere* urmând cele opt puncte pentru ușurarea tranziției tinerilor aflați la începutul carierei lor (Borgen, et al., 1996, apud Sion, 2014):

1. *Dezvoltarea pe mai multe planuri*. Mulți tineri părăsesc liceul cu un plan slab de acțiune și cu puține alternative și nu sunt pregătiți să se confrunte obstacole. Dezvoltarea flexibilității în planificarea carierei cere capacitatea de a fixa un scop, abilități de rezolvare a problemelor, precum și câteva planuri alternative. Conform lui Gelatt (1989), strategiile ajutătoare includ vizualizarea, gândirea laterală, evaluarea opțiunilor și luarea deciziilor într-un context caracterizat de incertitudine (apud Borgen et al., 1996).
2. *Abilitățile de comunicare,* încrederea în sine, adaptabilitatea organizațională și eficiența în relaționarea cu ceilalți sunt suportul instrumental în calea către reușită a tinerilor, date fiind insuficientele oportunități și confuziei generate de birocrație. Tinerii care se îndreaptă către continuarea studiilor sau spre piața muncii, trebuie să aibă capacitatea anticipării pentru ei înșiși. Cu alte cuvinte, este necesară să dezvoltarea abilităților de comunicare, care cer activități de mentorat, practicarea role-play-uri și un continuu suport economic, emoțional și informațional (Borgen et al., 1996).

3. *Gestionarea schimbării relațiilor* este și ea foarte importantă, gestionarea optimă a problemelor apărute în relații poate fi facilitată de comunicare, de un antrenament în relaționarea cu ceilalți și de rezolvarea de probleme, care acoperă majoritatea distincțiilor tradiționale dintre consilierea în carieră și cea personală.
4. *Satisfacerea nevoilor de bază*. Multe dintre aceste nevoi de bază necesită o reevaluare, pentru a facilita aceste schimbări, tinerii trebuie să-și stabilească un scop și să înțeleagă cum vor satisfice nevoile actuale și viitoare, iar consilierii pot ajuta prin clarificarea acestor probleme. (Borgen et al., 1996).
5. *A face față stresului*. Gestionarea optimă a stresului este asociată cu o serie de competențe, cum ar fi adaptabilitatea organizațională, relațiile inter-umane, rezolvarea de probleme și încrederea în sine. Strategiile particulare pentru gestionarea stresului includ tehnici de relaxare, gestionarea limbajului interior, concentrarea și utilizarea sistemelor de suport (Borgen et al., 1996).
6. *Gestionarea pierderii*. Tinerii sunt influențați de diverse pierderi pe plan personal, în proporții destul de mari. Aceste pierderi includ decesul în familie (de regulă, bunicii) și experiența separării/divorțului părinților. Impactul acestor pierderi asupra carierei este considerabil, sugerând o nevoie clară a tinerilor de a dezvolta competențe în gestionarea pierderii și a suferinței/durerii asociate acesteia (Borgen et al., 1996).
7. *Adaptabilitate la nivel organizațional*. Multor tineri le lipsește experiența practică în încercarea lor de a intra pe piața muncii. De asemenea, mulți sunt nefamiliarizați cu educația postformală. În legătură cu această preocupare, consilierii trebuie să dezvolte experiența de lucru și programele de educarea cooperării, pentru a ajuta tinerii să acumuleze experiența necesară. Programele de înscriere pentru educația postformală pot de asemenea să joace un rol important în micșorarea dificultăților tranziției (Borgen et al., 1996).
8. *Informații și acces la informații*. În cariera lor, în programele de educație și în tendințele pieței, tinerii au nevoie de informații actualizate. De asemena, ei trebuie să dezvolte abilități de evaluare a relevanței informației. Dobândirea acestor abilități implică ambele tipuri de cunoaștere (teoretică și practică). Strategiile de consiliere din acest

domeniu includ ajutorul acordat tinerilor pentru a-și dezvolta abilitățile de cercetare, intervievare și gândire critică (Borgen et al., 1996).

Cercetările conduse de Amundson et al. (2011), au constatat că tinerii au părăsit liceul nepregătiți pentru realitățile de carieră actuale și că, atât în carieră, cât și în viața personală, exista o permanentă schimbare și incertitudine. La sfârșitul ultimului an de liceu, participanții la studiu și-au exprimat optimismul cu privire la începerea carierei și alegerea domeniului de activitate și au așteptat să fie lucrători de succes în locuri de muncă care oferă satisfacție personală. Angajarea adolescenților și continuarea școlii nu au corelat cu stima de sine scăzută și depresia. Între 9 și 18 luni de la absolvire, tabloul s-a schimbat: depresia, stima de sine în scădere și anxietatea au fost corelate cu o serie de probleme percepute, cum ar fi lipsa banilor, lipsa de sprijin din partea familiei și a prietenilor, atribuirea internă a problemelor de tranziție generale, atribuirea externă a dificultăților în carieră (Vlaicu, 2000).

1.6.1.4. Tinerețea – dimensiuni psihosociale

Erik Erikson consideră centrală pentru perioada tinereții ca fiind rezolvarea crizei intimitate vs. izolare, prin preluarea noilor roluri și responsabilități (personale, familiale și profesionale), după ce criza identitate de sine vs. confuzie de rol din adolescență a fost sau nu depășită corespunzător. Erikson consideră că modul în care aceste etape au fost parcurse este refelectat atât de încrederea în sine, cât si de modul în care individul gestionează relațiile interumane precum și rezolvarea situațiilor problematice din viața lui (Sion, 2014).

Tânărul este necesar să funcționeze în reperele intimității înțelese ca împărtășirea sinelui cu celălalt și să facă diferența între dezvăluirea și împărtășirea sinelui cu celălalt și relațiile intime bazate doar pe interacțiune sexuală. Intimitatea înțeleasă în acest fel poate fi dificilă pentru tânărul ce abia a părăsit adolescența și marile îndoieli cu privire la identitate. Intimitatea poate fi evitată și relațiile păstrate la un grad de oarecare superficialitate sau formalitate. Reiterarea sau revizitarea temelor copilăriei în perioada adoloescenței, așa cum arată Erikson, produc o privire asupra sinelui de mute ori soldată cu neîncredere. Lipsa de încredere în ceea ce el sau ea este sau poate însemna pentru celălalt construiește rezerva în

dezvăluire. Teama de intimitate și dezvăluire sunt factori ce participă la instalarea izolării.

A treia decadă a vieții este o perioadă în care indivizii se confruntă cu mai multe tranziții și decizii de viață, decât în oricare dintre celelalte stadii (aici includem: tranzițiile școală – loc de muncă, începerea unei cariere, inițierea relațiilor intime și întemeierea unei familii (Caspi, 2002; Grob, et.al., 2001; Shanahan, 2000, apud Salmela-Aro et.al., 2007).

Totodată, situația socio-economică pe care individul o întâmpină poate fi un factor care lasă amprente în psihicul individului, amprente care pot crește nesiguranța de sine și agresivitatea, scăzând stima de sine și putând crește incidența delincvenței sau abuzului de substanțe. Săracia este fondul pe care acestea pot apărea, implică lipsa accesului la educație, prin concentrarea pe elementele de supraviețuire și un factor important în abandonul școlar (Sion, 2014).

Tranziția către vârsta adultă este propusă ca un nou concept de dezvoltare pentru perioada din jurul vârstei de 20 de ani, vizând perioada cuprinsă între 18 și 25 de ani Acești ani reprezintă o perioadă de explorare a identității, centrare pe sine și instabilitate (Arnett, 2000, 2004).

O altă caracteristică tipică a mediilor clasificate în funcție de vârstă este aceea că tranzițiile asociate cu diferite domenii ale vieții interacționează între ele. De exemplu, tranzițiile educaționale și de carieră pot avea consecințe asupra timpului de tranziție interpersonală, cum ar fi aducerea unui copil în familie (Roisman, et al., 2004, apud Salmela-Aro et.al., 2007). Multe dintre aceste tranziții durează câțiva ani până ajung să fie complete, individul trecând prin mai multe stadii. De exemplu, dezvoltarea unei cariere include un set complex de decizii cu privire la școală, educație și la alegerea domeniului de lucru (Nurmi & Salmela-Aro, 2002, apud Salmela-Aro, et.al., 2007).

Pe baza teoriei dezvoltării, putem presupune că vârsta afectează urgența sarcinilor normative cu care se confruntă tinerii (Heckhausen, 1999, conform Salmela-Aro et.al., 2007 apud Heckhausen & Tomasik 2002), pe măsură ce se apropie din ce în ce mai mult de termenele normative, indivizii se simt presați să investească mai mult efort pentru a atinge anumite obiective de dezvoltare (Salmela-Aro et.al., 2007)

1.6.1.5. Vârsta adultă emergentă

Perioada adultă de emergență (Emerging adulthood) este definită ca perioada de legătură între etapa de tinerețe și etapa adultă.

Nurmi (2004) a descris socializarea și dezvoltarea tinerilor către etapa adultă în termeni de mecanisme-cheie, după cum urmează:

- *Primul mecanism*, în care tinerii se maturizează în *funcție de schimbările mediului* care duc către traiectoriile lor de dezvoltare. Factori socio-culturali variați (cum ar fi credințele culturale, structurile instituționale, evenimentele istorice) definesc astfel un „*spațiu al oportunităților*", care influențează motivația, gândirea și comportamentul tinerilor
- Al *doilea mechanism*-cheie, în care tinerii nu sunt ținte passive ale influențelor mediului, ci își *selectează mediile de dezvoltare* și viitoarele direcții de dezvoltare (Brandtstädter, 1984, apud Nurmi, 2004). Mulți factori psihologici – cum ar fi scopurile personale, planificarea vieții, luarea deciziilor și a angajamentelor – sunt de asemenea implicați în acest mecanism (Arnett, 2004, apud Nurmi, 2004).
- *Al treilea*, in care – ca urmare a acestui proces de selecție – tinerii se confruntă cu anumite tranziții de rol și, de asemenea, primesc feedback cu privire la succesele și eșecurile lor în tratarea acestora. Acest feedback privind rezultatele dezvoltării le cere să își *ajusteze obiectivele*, planurile și gândirea pentru a face față cu succes viitoarelor provocări ale *traiectoriilor lor de dezvoltare* (Nurmi, 2004).

În cele din urmă, după ce au primit informații despre rezultatele eforturilor lor și au ajuns într-o situație particulară de viață și o poziție socială, de regulă reflectează asupra multor aspecte legate de viața lor, cu scopul de a construi o identitate personală coerentă (Nurmi, 2004).

În acest model de socializare cele trei procese implicate: *canalizarea, selecția și ajustarea*, sunt strâns legate de motivația indivizilor (Nurmi, 2004; Nurmi & Salmela-Aro, 1997, apud Salmela-Aro et.al., 2007).

În primul rând, mediile în funcție de vârstă cu care se confruntă oamenii într-o anumită etapă a vieții lor joacă un rol important în direcționarea tipurilor de obiective personale pe care oamenii le construiesc.

Studiile anterioare care au comparat diferite grupe de vârstă au arătat că *obiectivele individuale diferă și că aceste diferențe reflectă sarcinile*,

oportunitățile și tranzițiile de dezvoltare tipice unui anumit grup de vârstă (Cross & Markus, 1991; Nurmi, 1992, apud Salmela-Aro et.al., 2007).

De exemplu, atunci când adolescenții și tinerii adulți sunt întrebați despre obiectivele lor personale, răspunsurile lor se concentrează, de obicei, pe educația viitoare, ocupația, familia, activitățile de agrement și subiectele legate de sine. Atunci când oamenii trec de la vârsta adultă spre vârsta mijlocie, aceștia raportează în mod obișnuit obiective legate de viața proprietatea și călătoriile copiilor lor, în afara celor legate de ocupație și viața profesională (Cross & Markus, 1991; Nurmi, 1992, apud Salmela-Aro et.al., 2007).

În al doilea rând, *obiectivele personale ale individului pot juca un rol important* în modul în care oamenii aleg diferite direcții pentru viitoarea lor viață (Baltes, 1997; Nurmi, 1993; Salmela-Aro, 2001, apud Salmela et.al., 2007). Comparând motivațiile lor individuale cu oportunitățile disponibile, oamenii își stabilesc obiective personale care le satisfac nevoile individuale și le oferă o bază pentru comportamentul lor (Nurmi, 1991).

De exemplu, Nurmi, et.al. (2002, apud Salmela-Aro et.al., 2007) au arătat în urma unui studiu, că tinerii la care importanța obiectivelor legate de muncă a fost mai pronunțată, au avut o probabilitate mult mai mare de a-și găsi un loc de muncă apropiat de nivelul lor de educație și o probabilitate scăzută de a rămâne fără un loc de muncă după absolvire.

În al treilea rând, din cauza modificării cererilor, provocărilor și oportunităților pe care oamenii le experimentează (în urma luării unor decizii și angajamente și a efectuării tranzițiilor de rol), indivizii trebuie să-și *ajusteze permanent obiectivele personale* pentru a putea face față schimbărilor apărute în viață. De exemplu, s-a observant că situații de viață – cum ar fi căsătoria și nașterea unui copil – pot prezice alte obiective subsecvente ale acelei familii (Salmela-Aro & Nurmi, 1997, apud Salmela-Aro et.al., 2007).

Tanner (2006) a propus recentrarea ca proces prin care dezvoltarea se face prin tranziția de la adolescentul dependent la tânărul adult independent. La sfârșitul acestei faze, urmează tranziția spre maturitate. Punctul central al maturității este reprezentat de momentul în care tinerii explorează posibilități de dezvoltare a propriei vieți în multiple domenii, în special în dragoste și muncă (Arnett, 2004).

Roisman et al. (2004) au adus dovezi care să susțină faptul că sarcinile de dezvoltare către vârsta adultă includ atât sarcini de dezvoltare pe criterii de importanță (prietenia, criteriul academic, conducerea către o anumită direcție), cât și sarcini de dezvoltare emergente (ocupaționale și romantic).

La sfârșitul acestei perioade, majoritatea oamenilor a făcut deja alegeri de viață în termeni de dragoste, parteneriat și familie (Erikson, 1968; Havighurst, 1948; Levinson, 1978).

Cu toate acestea, atât durata educației cât și pregătirea pentru a intra în rolul de părinte au crescut în ultimele decenii. (Arnett, 2000).

Cairns și Cairns (1981) au condus un studiu longitudinal de 15 ani pe 695 de copii americani din Carolina de Nord (Carolina Longitunidal Study – CLS). Punctul central al studiului este pe cursul de viață individual al copiilor, cu referire specială la agresiune și violență și consecințele sale pentru dezvoltarea socială. Eșantionul a cuprins două cohorte intervievate anual, care au fost cu vârsta de 10 si 13 ani, la începutul anchetei. Rata de uzură a eșantionului este remarcabil de scăzută, în principal datorită determinării anchetatorilor pentru a nu pierde informații tocmai despre persoanele care ar putea fi cele mai expuse riscului. Echipa a călătorit până la 60.000 de mile pe an pentru localizarea copiilor și, practic, întregul eșantion a fost văzut până la vârsta adultă. Au fost aplicate interviuri semistructurate profesorilor, părintilor, colegilor, s-au făcut evaluări comportamentale și sociometrice.

La începutul studiului 20 de copii de sex masculin și 20 de copii de sex feminin au fost identificati prin intermediul nominalizărilor școlare cu o agresivitate la nivel de grup de risc. A reieșit că pentru cohorta identificată la 13 ani au existat corelații semnificative între comportamente ostile în școală și inadaptare la varsta adultă, atât la bărbați cât și la femei. Comportamentul ostil, negativ la 13 ani (dar nu și la 10 ani), a prezis un compozit de neadaptare, inclusiv abandonul școlar, violențe grave, sarcina la adolescente și integrarea în programe de reabilitare pentru consum de droguri (Cairns & Cairns, 1989).

Spre deosebire de alte studii longitudinale internaționale, nu a fost găsită nici o dovadă că maturitatea precoce la femei duce la adaptarea socială proastă. Cu toate acestea, fete considerate a fi mai puțin atractive punct de vedere fizic la vârsta de 15 ani la 18 ani de către profesorii lor, colegii sau în auto-evaluare, au avut tendința de a fi avut menarhă mai

devreme. În cadrul studiului CLS, spre deosebire de cel al lui Magnusson (1988), acest lucru nu prezice o realizare școlară mai mică, o căsătorie mai devreme sau situația de părinte adolescent (Sion, 2014).

Astfel, aspectele biologice ale dezvoltării sociale pot avea consecințe diferite pentru apartenența socială și diferite consecințe pe termen lung, în diferite societăți, băieții cu probabilitatea cea mai crescută să renunțe la școală la 16 ani au fost cei care au demonstrat comportamentul cel mai perturbator și cele mai sărace rezultate școlare patru ani mai devreme. Rezultate similare au fost și pentru fete. Abandonul nu este prezis de popularitate sau de respingerea grupului de vârstă, dar se estimează că o combinație între agresivitate, performanță academică slabă și statutul socio-economic scăzut ar fi un bun predictor al acestuia. Aproximativ o treime dintre cei care au abandonat școala, a continuat să eșueze în comunitate, o treime a avut un succes modest, iar o treime a arătat ajustare pozitivă (Cairns & Cairns, 1989, apud. Sion, 2014).

S-a mai constatat că un procent surprinzător de mare de copii a fugit de acasă (22% pentru cel puțin o noapte) și că adolescenții extrem de agresivi pot fi mai predispuși la tentative de sinucidere și la răniri grave. Corespondențele cu diferențele individuale în agresiune nu sunt directe, ci mediate de alți factori, cum ar fi o implicare mai mare în consum de droguri, alcool și apartenența la grupuri deviante. În privința comportamentului agresiv în copilărie, studiul sugerează că acesta este un predictor semnificativ de comportament dependent, penal și de consum de substanțe la maturitate. Autorii susțin că analiza comparativă a traiectoriilor de dezvoltare din diferite medii culturale și sub-culturale oferă posibilitatea de a stabili ceea ce este general, mai degrabă decât specific la contextul particular (Cairns & Cairns, 1989, apud Sion, 2014).

1.6.2. Studii și cercetări asupra populației tinere din România ultimelor decenii

Studii recente arată că populația mai expusă riscului de sărărcie este populația cuprinsă între 20 și 30 de ani, menționând doar populația americană, Papalia arată că această populație are o probabilitae mare de a se situa în parametrii sărăciei, de a nu deține o asigurare medicală comparativ cu oricare altă grupă de vârstă (Papalia et al, 2010).

Potrivit datelor din Strategia Națională în domeniul politicii de tineret pentru România 2015–2020, din totalul lor, în **anul 2011 mai bine de ¼ dintre tinerii din România** (28,1% dintre cei cu vârste cuprinse între 18 și 24 de ani) **se aflau într-o sărăcie relativă.** De asemenea, un procent de 40,3% dintre tineri se află în **risc de excluziune socială/sărăcie.**

Un prim indicator, dar nu singurul, pentru Romnânia, este procentul ridicat al somajului. Așa cum se observă și în fig. de mai jos, conform INS (2018), rata șomajului (cf. -BIM) – calculată ca proporție a șomerilor în populația activă, a scăzut semnificativ în ultimii ani, ajungând în 2017 la valoarea de 4,9% (față de 5,9% în anul 2016 și 6,8% în 2014).

Cu toate acestea, în continuare tinerii cu vârste cuprinse între 15–24 ani sunt persoanele cele mai afectate de fenomenul șomajului. Astfel, în anul 2017, rata șomajului în rândul tinerilor a fost de 18,3% (valoare mai scăzută decât cea din perioada 2014–2016), cu diferențe destul de semnificative pe medii (20,8% în mediul urban, față de 17,0% în mediul rural). Valoarea acestui indicator a fost de 3,9% pentru persoanele în vârstă de 25 de ani și peste (INS, 2018).

Tabelul 1. ***Rata șomajului pe grupe de vârstă, sexe și medii (%)***

	2013	2014	2015	2016	2017
Total	**7,1**	**6,8**	**6,8**	**5,9**	**4,9**
Sub 25 ani	23,7	24,0	21,7	20,6	18,3
25 de ani și peste	5,7	5,5	5,6	4,8	3,9
Masculin	**7,7**	**7,3**	**7,5**	**6,6**	**5,6**
Sub 25 ani	23,2	23,6	20,6	19,9	18,1
25 de ani și peste	6,3	6,0	6,4	5,5	4,6
Feminin	**6,3**	**6,11**	**5,8**	**5,0**	**4,0**
Sub 25 ani	24,6	24,7	23,4	21,8	18,6
25 de ani și peste	4,9	4,8	4,6	3,9	3,0
Urban	**8,7**	**8,1**	**7,0**	**5,6**	**4,5**
Sub 25 ani	32,3	32,6	26,9	24,9	20,8
25 de ani și peste	7,2	6,7	5,9	4,7	3,8
Rural	**5,2**	**5,3**	**6,6**	**6,3**	**5,4**
Sub 25 ani	17,6	18,3	18,5	18,3	17,0
25 de ani și peste	3,9	3,9	5,2	4,9	4,1

Sursa: Cercetarea statistică asupra forței de muncă în gospodării (AMIGO), conform Institutul Național de Statistică, 2018, România în cifre, p. 26.

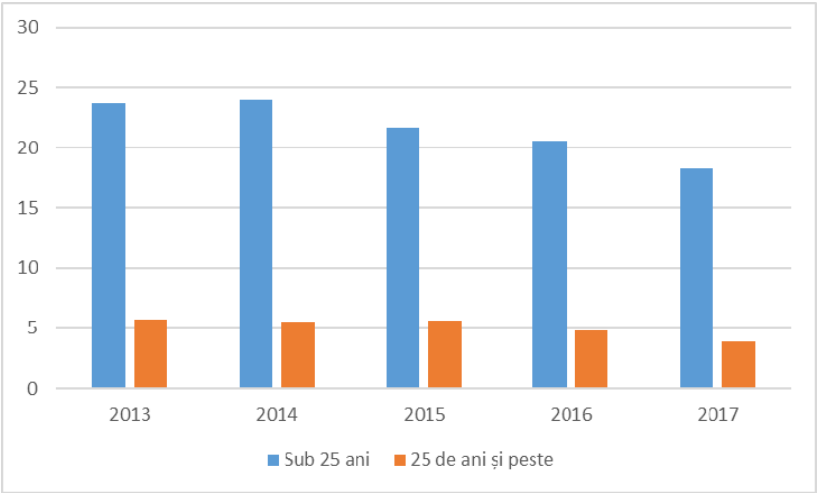

Fig. 4. ***Dinamica ratei șomajului în rândul tinerilor, pe baza datelor din Tabelul 1 (grupați în două categorii: „sub 25 de ani” și „25 de ani și peste”), în perioada 2013–2017***
(Conform datelor INS, Breviar Statistic, 2018)

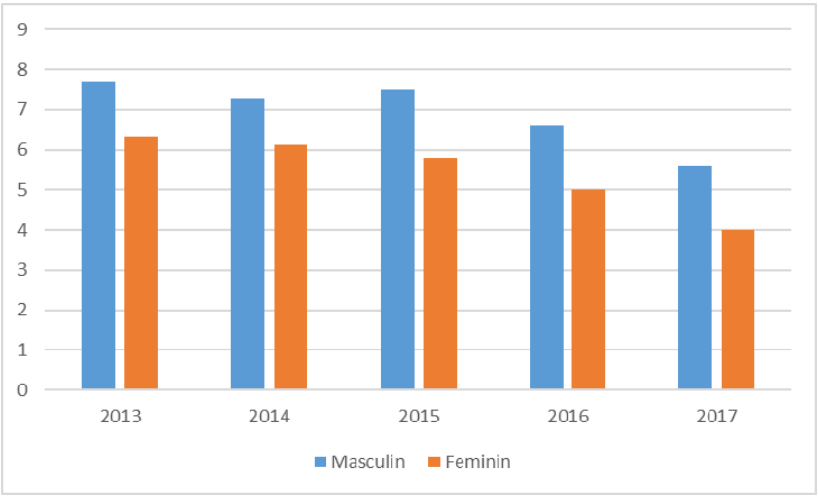

Fig. 5. ***Dinamica ratei șomajului în rândul tinerilor, în funcție de gen, pe baza datelor din Tabelul 1, în perioada 2013–2017***
(Conform datelor INS, Breviar Statistic, 2018)

Șomerii, conform definiției internaționale (BIM), sunt persoanele în vârstă de 15–74 ani care îndeplinesc simultan următoarele 3 condiții: (i) nu au un loc de muncă; (ii) sunt disponibile să înceapă lucrul în următoarele două săptămâni; (iii) s-au aflat în căutare activă a unui loc de muncă, oricând în decursul ultimelor patru săptămâni, iar *rata șomajului* reprezintă ponderea șomerilor în populația activă (apud INS, 2014, p. 3).

Vom prezenta mai jos diferitele aspecte psihosociale actuale, relevate de Institutul Român pentru Evaluare și Strategie (IRES) în urma realizării în 2012 a unui sondaj de opinie aplicat pe un eșantion de 1210 tineri cu vârste de peste 18 ani pentru a ilustra *impactul situației economice asupra vieții tinerilor din România.*

Sondajul a arătat că 62% dintre tineri și-au păstrat locul de muncă, procentul de 16% fiind reprezentat de cei care l-au pierdut. Mai mult de atât, 22% dintre tinerii intervievați și-au exprimat nevoia de angajare într-un domeniu diferit de cel actual și mai bine plătit, iar 22% s-au aflat în situația de a se angaja cu jumătate de normă. Majoritatea tinerilor au afirmat nevoia de reducere a cheltuielilor, iar 8% dintre ei au renunțat la studii (IRES, 2012).

Deși din punct de vedere statistic diferența dintre cei care au fost nevoiți să renunțe la studii și cei care le-au continuat este foarte mare, substanțial vorbind, *un procent de aproape 10% al celor care au renunțat la studii reprezintă un semn vizibil al impactului situației economice asupra vieții tinerilor din România* (IRES, 2012).

În ceea ce privește *prioritățile tinerilor*, la ora actuală primează:

- găsirea unei slujbe (sau a unei slujbe mai bine plătite), în procent de 31%,
- dorința de continuare a studiilor în proporție de 26%,
- 14% dintre intervievați dorind să își îmbunătățească competențele profesionale (IRES, 2012).

Referindu-se la aspecte ale vieții personale, 6% dintre tinerii intervievați au fost nevoiți să-și amâne căsătoria din motive financiare, iar 9% dintre tinerii par să fi renunțat (deocamdată) la planul de a avea un copil. 11% dintre respondenți au apreciat că au existat și alte aspecte ale vieții care au fost afectate de starea economică (IRES, 2012).

Sondajul IRES (2012) mai arată că alegerea formei dorite de învățământ este o problemă pentru 35% dintre tineri intervievați, o piedică în planificarea unei familii, în timp ce altă parte vede problematică alegerea formei de învățământr raportând-o la condițiile de trai, ceea ce arată încă o dată că interferența rolurilor profesionale cu cele personale duce frecvent la sacrificii (fie în detrimentul familiei, fie al educației și – implicit – al carierei).

Aproape jumătate dintre tinerii intervievați consideră că doar într-o oarecare măsură cunoștințele dobândite în cadrul unei instituții de învățământ răspund nevoilor pieței muncii. Astfel, datele relevă faptul că plasarea pe piața muncii nu se face neapărat în funcție de școala absolvită sau cunoștințele primite/învățate în cadrul acesteia (IRES, 2012).

Procente semnificative ale tinerilor incluși în cercetare afirmă că obișnuiesc să consume alcool zilnic (11%) sau de 2–3 ori pe săptămână (25%), în timp ce 37% dintre ei afirmă că nu consumă alcool. Studiul arată că 1% dintre tineri consumă zilnic droguri ușoare, în timp ce alți 1% consumă astfel de droguri de 2–3 ori pe săptămână, 2% de 2–3 ori pe lună, iar 3% de 2–3 ori pe an. 91% dintre intervievați nu consumă droguri ușoare (IRES, 2012).

1.6.3. Dinamica valorilor și populația tânără în context european

Același sondaj efectuat de IRES în 2012 ne arată faptul că tinerii ronâni menționează în topul preferințelor lor următoarele valori:

- pacea – 38%,
- respectul pentru alți oameni – 37%,
- respectarea legii – 36%,
- corectitudinea – 30%
- credința în Dumnezeu – 30%.

Analizând mai extins doar una din valorile declarate de tineri, și anume credința în Dumnezeu, studiul CURS arată că deși peste 80% dintre tineri se declară creștin-ortodocși, o treime dintre ei nu cred în Dumnezeu. Cei care se identifică de o altă religie creștină (protestanți, romano-catolici, neo-protestanți etc.) tind să declare mai des faptul că ei cred în Dumnezeu. Mai mult de 60% dintre tineri susțin că respectă sărbătorile religioase și

se roagă, însă numărul practicanților acestor religii (post, spovedit sau participarea săptămânală la slujbă) este mult mai scăzut. Fetele tind să fie semnificativ mai religioase decât bărbații – atât în termeni de spiritualitate cât și în termeni de comportament religios (Sandu et.al., 2014). Se pune întrebarea justificată a distanței între auto-percepție și traducerea valorilor declarate de tineri în comportament.

Valori precum libertatea de alegere, toleranța, democrația sau solidaritatea între oameni sunt menționate în măsură mai redusă.

Referitor la *toleranța tinerilor români în context european*, sondajul arată ca persoanele pe care tinerii incluși în eșantion și le-ar dori cel mai puțin ca vecini sunt cele:

- dependente de droguri (66% ar fi de acord să îi aibă drept vecini în mică, foarte mică măsură sau deloc),
- persoanele cu probleme psihice (59%)
- persoanele cu HIV/SIDA (46%).

Persoanele față de care se manifestă cel mai ridicat grad de toleranță sunt:

- persoanele cu handicap (doar 19% ar fi de acord în mică, foarte mică măsură sau deloc să îi aibă drept vecini),
- persoanele străine refugiate sau venite în țara noastră (24%)
- persoanele de etnie maghiară (25%).

Mitulescu et.al (2014–2015) arată într-un studiu NEET din Cadrul Institutului de Științe ale Educației că pentru *90% dintre tineri găsirea unui loc de muncă reprezintă o preocupare* sau chiar o problemă serioasă. Acest procent a cunoscut o creștere față de 2008 când nu depășea 83% și față 2012 care a avut un procent de 87%.

Găsirea unul loc de muncă după absolvirea ultimei forme de învățământ pare să fie o problemă foarte grea pentru 13% dintre tineri, în timp ce restul au speranțe că vor găsi mai devreme sau mai tîrziu sau nu se pot pronunța. Ea pare să fie mai problematică pentru tinerii din București decât pentru cei din provincie, cu toate că aici nivelul șomajului este cel mai scăzut (Mitulescu et.al., 2014–2015, p. 88).

Autorii sondajului consideră că evaluarea respondenților pare a reflecta mai degrabă o stare de incertitudine sau de pesimism subiectiv, decât constrângerile obiective oferite de situația economică a regiunilor respective,

ceea ce face posibil ca pesimisul tinerilor din București să fi fost generat de așteptări prea mari privind locurile de muncă dezirabile ori cele la care visează (adică cele cu salarii mari și beneficii generoase: laptop, telefon mobil, mașină, etc) (Sandu et.al., 2014).

Pentru găsirea unui loc de muncă, ajutorul principal vine – în opinia tinerilor – de la cunoștințe și prieteni (27,4%), acest procent atingând un maxim îngrijorător la tinerii din București de 44,3%. Pe grupe de vârstă cel mai mare procent îl găsim la cei între 25–29 de ani – 31,3%. Dacă adăugăm relațiile și „pilele" politice în proporție de 15,3% (valori maxime în special în provincie și la vârstele mai mature) și chiar norocul – 11,5%, obținem un total de 54%, superior procentului reprezentat de experiența profesională și școala absolvită (46%) (Mitulescu et.al., 2014–2015, p. 88).

Și sondajul CURS, 2014 are concluzii smilare, pe piața muncii, relațiile personale sunt considerate esențiale pentru găsirea unui loc de muncă, urmate de experiența profesională și pregătirea educațională. Veniturile tinerilor diferă în mod substanțial și cresc odată cu vârsta, bărbații câștigând mai mult decât femeile, orășenii mai mult decât cei de la sat, tinerii din București cel mai mult și cei din Moldova cel mai puțin.

Cercetările din ultimii ani au arătat că „prietenii sau cunoștiințele" reprezintă un factor important în găsirea unui loc de muncă: un studiu al Băncii Mondiale și UNICEF din 2008 relevă faptul că 58% dintre tinerii intervievați consideră că relațiile sociale sunt mai importante decât diplomele (Mitulescu et.al., 2014–2015).

Alte studii au arătat evoluții în privința **rolului perceput al școlii**. Dacă școala este percepută ca răspunzând nevoilor pieței muncii în proporție de circa 68%, procentul celor care apreciază că ea răspunde în mică măsură, chiar dacă este minoritar (30%), este în creștere față de 2007/2008 (când era sub 28%) (Avangarde, 2014 și Sondaj CURS, 2008, apud Mitulescu et.al., 2014–2015).

Dintre respondenții care și-au încheiat carierele școlare, femeile tind să fie mai bine educate decât bărbații. Fetele sunt mai entuziaste decât băieții în ceea ce privește participarea școlară și resimt un nivel relativ moderat de stres în școală. Exista diferențe semnificative ale mediilor școlare anuale între fete și băieți, între tinerii din mediul urban și cei din mediul rural, și între regiunile istorice ale României. Băieții petrec mai puțin timp decât fetele cu studiul individual (Sandu et.al., 2014).

Există o relație strânsă între *experiența subiectivă de participare la actul educațional*, investiția de timp în educație și rezultatele formale (notele obținute). Influențarea notelor prin metode ilegitime („atenții", mită etc.) constituie un fenomen cu variații regionale, tinerii cu vârste cuprinse între 25 și 29 de ani confruntându-se mult mai des cu astfel de situații decât adolescenții. Meditațiile apar mai des în mediul urban decât în cel rural, 25% dintre tineri apelând la acestea ca metodă suplimentară de pregătire; totodată, doar un tânăr din trei se declară măcar mulțumit de sistemul de învățământ din România, gradul de mulțumire scăzând pentru respondenții mai în vârstă (Sandu et.al., 2014).

În paralel, conform unui raport al Institutului Național de Statistică (2013) a rezultat că tinerii de 15–24 de ani studiază zilnic 2,58 ore, mai puțin față de copiii de 10–14 ani, care alocă studiului în medie zilnic 5,06 ore.

Studiul a arătat că tinerii se confruntă cu: *dificultăți pe piața muncii*, piața locurilor de muncă nefiind corespunzătoare și repartizată uniform pe teritoriul țării, *prejudecăți și obstacole* vizavi de oferta existentă, *slaba conectare la mediul social, incapacitatea de a comunica, dificultatea de a se auto-percepe cu obiectivitate, tarele educațioanle din familie*. Totodată, *salariile mici* pentru „new entry" îi descurajează pe tineri, iar experienței de muncă este o caracteristică generală a tinerilor (Mitulescu et.al., 2014–2015).

În plus, accesul tinerilor pe piața muncii este îngreunat și de factori specifici cum ar fi: proveniența din zone cu deficit economic și cultural, educația precară a tinerilor care abandonează/părăsesc de timpuriu școala, calificarea profesională necorespunzătore, experiența profesională oscilantă de la muncă „la negru" la ocuparea unor slujbe inferioare formării profesionale (Mitulescu et.al., 2014–2015).

În general, în societatea noastră, găsirea unui loc de muncă a ajuns să fie percepută ca o favoare, un miracol, autoritățile și serviciile specializate oferind mult prea puțin sprijin. Cu toate acestea, atitudinea generală a tinerilor față de formarea profesională continuă pare în curs de ameliorare (ca efect al oferetelor POSDRU din ultimii ani) (Mitulescu et.al., 2014–2015).

Marea majoritate a respondenților acestui studiu (15–29 ani) nu este într-un cuplu stabil; vârsta la care femeile se căsătoresc și au copii este

mai scăzută comparativ cu bărbații; în plus, tinerii din această generație nu vor să aibă mulți copii, media numărului de copii doriți fiind de 1,9 copii, iar mediana de 2 copii. (Sandu et.al., 2014).

1.6.3.1. Tinerii, migrația și emigrația

În cadrul migrației internationale întâlnim două procese strâns legate între ele: emigratia și imigratia (Jidovu, 2013).

Îngrijorătoare este și situația migrației și emigrației din statisticile recente pentru România, unde migrația este un fenomen sociodemografic (intern sau extern), condiționat economic, prin care persoanele își schimbă reședința obișnuită pentru o perioadă de cel puțin 12 luni în perioada de referință iar emigrația este fenomenul prin care persoanele de cetățenie română care au domiciliul în România își mută reședința obișnuită în străinătate (pentru o perioadă de cel puțin 12 luni) (INS, 2008, p.166).

Migrația externă continuă să fie opțiune pentru tineri, o treime dintre ei afirmând pest 10 ani să văd realizate într-o altă țară și aproape 40% dintre dorindu-și să părăsească România la un moment dat, chiar și dacă numai temporar. Deși pentru unii dintre ei emigrarea este mai degrabă un deziderat, pentru alți tineri migrația externă pare mai degrabă unica soluție pentru a avea o viață decentă (a se vedea grupul de tineri din mediul rural care ar pleca să muncească într-o altă țară, din cauza situației economice) (Sandu et.al., 2014).

În ciuda situației destul de dificile din punct de vedere economic, tinerii par extrem de optimiști că vor avea parte de o viață mai bună decât cea dusă de părinții lor, cel mai probabil deoarece oportunitățile pe care acești tineri le au de a pleca din țară sunt unele reale. Optimismul tinerilor față de viitor corelează pozitiv cu dorința de a pleca din România, dar este bine reprezentat și în rândul tinerilor care se văd, peste 10 ani, ca persoane realizate în România, deci pare emigrația este văzută ca un plan de rezervă pentru situația în care nu vor obține ceea ce își doresc din punct de vedere economic în România (Sandu et.al, 2014).

1.6.3.2. Tinerii și creionarea unui stil de viață

Timpul liber este o componentă importantă în viața tinerilor și poate fi definit pe trei direcții: timpul liber *lipsit de obligații și necesități*, în care

se desfășoară activități pentru care cineva nu poate fi plătit să le facă și pe care nu este obligat în niciun fel să le facă dacă nu dorește; timpul liber ca *activitate de „timp liber”*, unde – conform raportului OECD (2009) – sunt incluse: privitul la TV, practicarea/vizionarea activităților sportive, cititul, vizionarea de filme etc.; timpul liber văzut *ca stare de spirit*, presupune angajarea în activități plăcute sau distractive (Leovaridis & Antimiu, 2017).

Conform literaturii de specialitate, timpul liber are trei funcții principale: *odihna* (destinderea) – care eliberează de oboseală, *divertismentul* – care eliberează de plictiseală și *dezvoltarea personalității* – care eliberează de automatismele gândirii și de rutinele cotidiente, folosite în special în muncă (Aluaș & Drăgan, 1971, apud Leovaridis & Antimiu, 2017).

Între tinerii care locuiesc în mediul urban și cei din mediul rural există diferențe accentuate în activitățile de petrecere a timpului liber. Spre deosebire de adulți, tinerii petrec mai puțin timp în fața televizoarelor și mult mai mult timp pe internet, adolescenții fiind cei mai activi utilizatori de Internet – folosit în principal ca sursă de informare și divertisment. Totodată, nivelul social și educațional al părinților corelează pozitiv cu utilizarea Internetului și cu o paletă mai largă de activități de petrecere a timpului liber (Sandu et.al., 2014).

1.6.3.3. Generația Y

Conform literaturii de specialitate din **generația Y** fac parte tinerii născuți în perioada 1977–2000, deși lucrările încadrează această generație în intervale diferite, de exemplu pentru Smola & Sutton (2002), intervalul este 1979 and 1994.

Generația a primit multe nume în diverse lucrări de specialitate, cum ar fi: „Generation Next” sau „Nexters” (Zemke et al., 2000).

„Baby Busters”, „Boomlets” sau „Echo Boomers” (Alch, 2000; Allerton, 2001; Weiss, 2003) fac referire la poziția de urmași ai generației Baby Boomer (Donnison, 2007). Anul 2000 a crescut impulsul pentru creativitate în desemnarea tinerilor adulți și adolescenților din această etapă istorică și a furnizat contextul care a generat o serie de nume cum ar fi generația mileniului, „*Millennials*”, generația 2000 și generația Y2K (Aviles et al 2005; D'Antonio, 2005, apud Donnison, 2007).

Relația lor cu tehnologiile digitale care sunt văzute ca fiind integrate în stilul lor de viață, în comportamente și în formarea caracterului, a generat nume precum: Net Generation, N-Gen, Internet Generation, Plug and Play Generation, Nintendo Generation, Digital Generation, D (pentru digital) Generation, Generation Dotcom, e-gen, Cyber Generation, și Connected Generation (Dembo, 2000; Dobbins, 2005; Green, 2000; Lippincott, 2005; Spanier, 2003; Zaslow, 2005; Zemke, Raines, & Filipczak, 2000), „Generația MySpace" (Rosen, 2007), „NetGeners" (Tapscott, 2009) (apud Donnison, 2007)

Tinerii care fac parte din această generație au caracteristici aparte, comparativ cu generațiile anterioare: motivați de echilibrul între muncă și viața privată, ei vor timp liber pentru hobby-urile lor, doresc medii de lucru cu o atmosferă armonioasă și relaxantă și sunt interconectați prin intermediul rețelelor sociale, cu ajutorul cărora comunică cu prietenii. De asemenea, aceștia simt o nevoie acută de socializare, ceea ce face ca ei să-și petreacă timpul liber împreună cu prietenii sau colegii de serviciu cu care au legat prietenii sau cu care au preferințe comune (SNSPA, 2016, Leovaridis & Antimiu, 2017).

Tinerii din generația Y au tendința de a petrece timpul liber într-un mod pasiv (vizionarea emisiunilor TV, ascultarea radio-ului și a muzicii, navigarea pe Internet), exercițiile fizice și consumul cultural (mersul la teatru, operă, cinematograf) fiind neglijate (Leovaridis & Antimiu, 2017).

„Millennials" sunt considerați „nativi digitali", spre deosebire de așa numiții „imigranți digitali" (reprezentanții generațiilor anterioare care nu au avut aces la dispozitive tehnologice de la vârste mici și care le integrează în activitățile lor, dar fără a le considera indispensabile). Tinerii generației *Millennials* se regăsesc în mijlocul unui curent informațional permanent și acest lucru le modifică aspirațiile, nevoile, comportamentele (SNSPA, 2016).

Cercetători din acest domeniu îi consideră prea individualiști și centrați pe propriile nevoi, egocentrici (Generation Me), un nivel de disciplină scăzut, o mai mică importanță acordată ierarhiei (Twenge, 2009), dar interesați și de binele comun și activism, implicați social și toleranți: „Trăiește și lasă-i și pe alții să trăiască" (Greenberg și Weber, 2008). Văzuți ca o generație crescută de „helicopter parents", sunt educați în spiritul auto-dezvoltării și descoperirii, al interesului pentru activități extracuriculare (Lythcott-

Haims, 2015): „Sunt frumos și deștept, trebuie să fiu premiat pentru că exist". Chiar dacă dovedesc încredere în ei înșiși, nu sunt caracterizați ca fiind independenți (Lythcott-Haims, 2015) (apud SNSPA, 2016).

Generația Y are nevoie de echilibru între viața personală și cea profesională (Huntley, 2006; Zopiatis, Krambia Kapardis și Varnavas, 2012) și vrea un mediu educațional și profesional propice dezvoltării, în care oamenii au libertatea să folosească tehnologia de care dispun în munca lor și în care au timp liber pentru distracție și deconectare așa încât munca să nu fie resimțită ca pe o povară (Twenge, 2009, apud SNSPA, 2016).

Astfel, pentru managerii al căror mod de lucru este „fă precum ți s-a spus", aceștia (Generația Why?) vor fi de neînțeles, devenind o provocare în mediul profesional (Cassells și Harding, 2007, apud SNSPA, 2016).

Alte studii au mai arătat că așteptările milenarilor depășesc cu mult realitatea, fără ca aceștia să conștientizeze acest aspect (Urban, 2013; Leonte, 2014, apud SNSPA, 2016).

Ei preferă viteza în locul profunzimii, având o doză de superficialitate; își doresc să primească feedback constant, dar nu au răbdare și se frustrează cu ușurință dacă ceea ce-și doresc nu se întâmplă rapid; sunt percepuți ca fiind leneși și nu-și conturează planuri pe termen lung. (GfK, 2013, apud SNSPA, 2016).

Tinerii *„Millennials"* au așteptări mari de la cei din jur, de la companii și de la branduri, considerând că managerii trebuie să fie deschiși către propunerile lor și să vină în întâmpinarea nevoilor lor, prin oferirea posibilităților de lucru într-un program și ritm propriu (Leonte, 2014, apud SNSPA, 2016).

Pentru tinerii „*Millennials"*, locul de muncă tradițional nu există, iar dacă acesta există, nu vor să facă parte din el (Erickson, 2008). Acești tineri vor să se dezvolte profesional și personal, considerând uneori că ceilalți sunt datori să-i susțină, iar eforturile la locul de muncă sunt mai curând superficiale (Pînzaru & Mitan, 2015) (apud SNSPA, 2016).

1.6.3.4. Generația Z

Generația Z cuprinde tinerii născuți între 1995 și 2012, tineri nativi digital, dependenți de tehnologie (Turner, 2015). Această generație are o caracteristică aparte: nu are experiența vieții fără internet, comparativ cu

generațiile anterioare care nu au avut acces la vârste fragede la tehnologie (Prensky, 2001).

Cu toate instrumentele de accesare multimedia la dispoziție (cum ar fi: tablete, mobile smart, platformele de socializare, media player-e, alături de diversele aplicații disponibile, etc), tinerii generației Z sunt deprinși să interacționeze și să comunice într-o lume în care conectarea este permanentă (Turner, 2015).

Studiile arată că tinerii din generația Z sunt atât de atașați emoțional de tot ceea ce implică conexiunea la Internet, încât resimt renunțarea la ea ca pe o pedeapsă: că tinerii sunt mult mai supărați dacă sunt forțați să renunțe la telefoane sau să scrie mesaje prietenilor decât dacă nu li se mai dau bani de buzunar sau nu li se mai cumpără jocuri video. În plus, se arată că aceștia consideră viața socială începe în mediul on-line și afirmă că le este mult mai ușor să socializeze on-line decât în viața reală și împărtășind din ce în ce mai multe informații personale pe platformele de socializare, ceea ce duce la presupunerea că Generația Z are o fluență foarte mare în socializarea online (Palley, 2012, Taylor & Keeter, 2010, apudTurner, 2015).

Referindu-se la Generația Z ca *„Post-Millennials"* studiul făcut de Pew Research Center (2018) în Statele Unite ia în calcul tinerii care în 2018 aveau vârste cuprinse între 6 și 21 de ani. Caracteristica principală este că această generație are acces mult mai mare la educație. Mai mult, părinții copiilor generației Z au avut parte de mai multă educație decât părinții copiilor din celelalte generații.

Generația Z este mult mai puțin intrată pe piața forței de muncă decât generațiile anterioare, la aceeași vârstă, studiile arătând că doar 58% dintre tinerii care aveau la data desfășurării studiului între 18 și 21 de ani au muncit în ultimul an calendaristic, comparativ cu Milenialii care au întregistrat în 2002 (deci tot în intervalul 18–21 ani) un procent de 72%, probabil și pentru că ei aleg să urmeze studii universitare într-un număr mult mai mare comparativ cu generațiile anterioare. Bunăstarea materială este ceva mai crescută în familiile copiiilor generației Z comparativ cu generația Millennials, care corelează cu nivelul ridicat de educație al părinților (Pew Research Center, 2018).

Indicatorii sugerează că Generația Z pare să fie de departe cea mai bine educată generație de până acum (Pew Research Center, 2018).

1.6.3.5. Incluziune socială și definirea tinerilor ca populație vulnerabilă

Atât Consiliul Europei, cât și Comisia Europeană consideră că incluziunea socială este un obiectiv politic central, esențial pentru coeziunea socială. Din ce în ce mai mult, ocuparea forței de muncă și creșterea economică sunt considerate esențiale pentru atingerea acestui obiectiv. Participarea la societatea civilă este, de asemenea, considerată un element important, în special pentru sectorul tineretului (Council of Europe, 2007, p.199–200).

În ciuda unui deceniu în care a fost vizată problema excluziunii sociale, polarizarea dintre șansele în viață ale diferitelor grupuri de tineri este în creștere. Este concentrată spațial în unele regiuni și cartiere, legată de clasa socială. De asemenea, este accentuată de rasism, de stereotipii de gen și legată de alte inegalități, cum ar fi dizabilitatea. Unii tineri din Europa se simt incapabili să influențeze procesele politice principale și se retrag din participarea la politica convențională (Council of Europe, 2007 p.199–200).

Pe tema participării civice și politice studiul CURS, 2014 a arătat că, deși tinerii români se simt capabili să schimbe lucruri în politică, ei sunt foarte dezamăgiți de principalele instituțiile politice din țară, mai ales cele de la nivel central. Tinerii sunt de asemenea extrem de dezamăgiți și de politicienii tineri, iar interesul lor pentru politică este scăzut. Practic, tinerii ca grup nu prea vor să aibă nimic de-a face cu politica, așa cum este în prezent ori în forma ei clasică de la noi. Toată această dezamăgire a tinerilor pare a avea, totuși, un debușeu extrem de puternic în încrederea lor în viitor. Foarte mulți tineri au încredere că vor avea o viață mult mai bună decât au avut părinții lor. Această încredere este, probabil, legată de posibilitățile ce le sunt oferite de libertatea de mișcare în Uniunea Europeană. Această generație pare a avea o oarecare propensiune către protest. Deși sunt apatici față de modurile clasice de a face politică, ei par a fi gata să se mobilizeze în eventualitatea unor proteste pe diverse teme. Problema lor pare a fi faptul că nu au găsit o modalitate de a face tranziția între participarea politică informală – de protest și împotrivire – către participarea politică formală și procesul de luarea deciziilor. Tinerii din studiul citat se informează despre viața politică din țară în primul rând prin intermediul Internetului, ceea ce arată atât o deschidere foarte bună către noile medii de comunicare, cât și o relativă respingere a mass-mediei

tradiționale clasice, precum televiziunea și presa scrisă. O treime dintre ei afirmă că nu se identifică ideologic în niciun fel, adică nu au răspuns la întrebarea despre afilierea ideologică cu stânga sau cu dreapta. Tinerii care au optat pentru stânga sau dreapta, sunt situați relativ echilibrat pe eșichierul ideologic-politic din România. (Sandu et al., 2014).

O definiție generică a „excluziunii sociale" nu este adecvată pentru a reprezenta întreaga imagine iar cercetătorii sunt îngrijorați că neclaritatea conceptului de „excluziune socială" poate eluda multe dintre formele în care aceasta se poate manifesta. Sensul său ar trebui să recunoască dimensiunile multiple, combinațiile cumulative și efectele sale în timp și de-a lungul generațiilor, ale formelor specifice de dezavantajare (Colley et al., 2007). Sunt necesare resurse adecvate pentru combaterea excluziunii și evitarea creării unor situații de competiție între grupurile marginalizate.

Sărăcia economică este o primă cauză a excluziunii sociale, deși se combină în mod invariabil cu alți factori sociali și culturali.

Este mai răspândită și mai severă în rândul tinerilor decât este recunoscută în general. De asemenea, ea constituie o experiență recurentă pentru mulți. Spre deosebire de mijlocul secolului al XX-lea, când erau mai puțin expuși riscului decât alte grupuri, tinerii sunt printre cei mai vulnerabili la sărăcie în Europa așa cum arată raportul Consiliului Europei 2007 și nici în Statele Unite lucrurile nu stau diferit (Papalia, 2010).

Sistemele de asistență socială concepute la mijlocul secolului XX sunt inadecvate pentru a satisface nevoile tinerilor în prezent. În plus, în multe țări, eligibilitatea tinerilor pentru plățile sociale este mult mai restrânsă decât pentru generațiile anterioare, accentuând deprivarea lor.

Mulți tineri europeni afectați de sărăcie se află deja într-o formă de educație, formare și ocupare a forței de muncă. Excluziunea socială a tinerilor este provocată atât de lipsa de oportunități de locuri de muncă, cât și de locurile de muncă cu condiții proaste și salarii mici, oportunitățile de formare de calitate scăzută și stereotipurile și discriminările pe criterii de rasă, sex, clasă și handicap. Poate fi dificil, chiar și cu stimulente financiare, ca angajatorii să se implice în „ruperea" ciclului de excluziune pentru tinerii din comunitățile defavorizate. Politicile de activare direcționate exclusiv către tineri nu pot aborda aceste probleme și ar trebui combinate cu o finanțare adecvată pentru educație și formare, precum și cu o serie de politici active privind piața muncii adresate angajatorilor (Council of Europe, 2007)

Raportul Consiliului Europei din 2007 pentru incluziune socială și tineret concluzionează cu privire la schimbarea politicilor de tineret astfel:

- Îmbunătățirea furnizării de educație și formare profesională nu vor implica tinerii și nu vor asigura incluziunea lor socială decât dacă există locuri de muncă suficiente, decente și remunerate corespunzător pentru aceștia. Acest lucru poate necesita reglementarea pieței forței de muncă (Council of Europe, 2007).
- Sprijinirea tranzițiilor tinerilor (la vârsta adultă și de la școală, către locul de muncă) vor deveni mai eficiente dacă fac parte dintr-o strategie coordonată și integrată a tineretului care poate aborda de-standardizarea tranzițiilor tineretului și constelațiile variate de dezavantaje între țări, ipotezele învechite conform cărora tranzițiile sunt liniare și inflexibiliratea sistemelor formale constituind obstacole pentru tinerii defavorizați (Council of Europe, 2007).
- În ciuda creșterii numărului de oportunități pentru tineri, acestea nu sunt la fel de disponibile pentru toți. În unele țări există o tendință de restrângere a autonomiei individuale în tranzițiile de tineret. De aceea, abordările participative, care se concentrează mai degrabă pe punctele forte ale tinerilor decât pe deficitele lor și care oferă o alegere reală a opțiunilor de tranziție și posibilitatea unui angajament pas cu pas, au o probabilitate mai mare de a media cu succes între interesele sistemice și cele subiective (Council of Europe, 2007).
- Rasismul, xenofobia, discriminarea și violența legate de gen sunt factori care contribuie în mod semnificativ la excluziunea socială, dovezile sugerând că sunt endemice în sistemul de învățământ și că încercările de a le contesta pe o bază individuală sunt ineficiente fără eforturi mai ample de eradicare a discriminării instituționale. Trebuie, de asemenea, să se acorde atenție barierelor pe care le prezintă accesul la piața echitabilă a muncii (Council of Europe, 2007).
- Unele politici menite să promoveze incluziunea socială au avut consecințe neintenționate, contraproductive, mai curând consolidând excluziunea socială decât să o reducă și impunând identități stereotipe negative asupora unora dintre tineri. Factorii comuni par să fie: eșecul implicării tinerilor defavorizați în elaborarea și revizuirea politicilor de incluziune; o atenție insuficientă pentru a împuternici tinerii excluși; și răspunsurile individuale necorespunzătoare pentru

abordarea formelor de excludere care sunt sistematizate și/sau structurale. Excluziunea socială este consecința unei economii politice în care anumite grupuri se bucură de privilegii și exercită puteri în detrimentul altora, indiferent de importanță, iar atenția acestor politici trebuie îndreptată spre atenuarea unor astfel de practici (de exemplu, rasismul instituțional) (Council of Europe, 2007).

1.6.4. Extinderea perioadei de tinerețe – reconsiderarea tinereții

Încă din anii 80–90 s-a constatat o creștere a perioadei de tranziție a tinerilor către un loc de muncă stabil (Holland, 1990), împreună cu creșterea dependenței tinerilor de sprijinul economic acordat de familie și de ajutorul pentru gasirea unui loc de muncă (Hutson & Jenkins, 1989, Wallace 1987, apud Pollock, 2008).

Cercetările ulterioare au evidențiat necesitatea unei schimbări structurale în modul în care ar trebui să conceptualizăm poziția tinerilor prin crearea unor noi stadii de viață despre care se presupune că ar cuprinde prelungirea tinereții – aceea a „adultului în curs de dezvoltare" sau „adultului emergent". Această teorie este argumentată pentru a ne ajuta să înțelegem mai bine situația în care vârsta adultă a tinerilor este amânată dincolo de ceea ce se aștepta în mod obișnuit. Autorul afirmă că există structuri sociale și instituționale distincte care înseamnă că „adulții emergenți" ocupă acum o etapă de viață pe deplin în așa fel încât tinerii din generațiile anterioare nu au făcut-o (Arnett, 2004).

Cu alte cuvinte, fluiditatea etapei de viață a tineretului a fost înlocuită de o mai mare certitudine în ceea ce înseamnă a fi între dependență și vârsta adultă. Această certitudine este demonstrată de relațiile sociale, cum ar fi creșterea dependenței de familie de educația post-obligatorie, de locuințe și de sprijinul financiar și emoțional, dar și de structurile juridice care obligă familiile să joace un rol mai important în sprijinirea adulților emergenți prin creșterea vârstei juridice independența și, prin urmare, solicitarea familiilor din ce în ce mai mult să finanțeze învățământul superior și superior, precum și sprijinul prin perioade de non-șomaj (Pollock, 2008).

Este mult mai bine să ne îmbunătățim înțelegerea privind tranzițiile subgrupurilor de tineri, decât să încercăm să obținem o nouă sinteză care poate fi aplicată universal.

În mod ideal, s-ar dori un grup de control la care să se măsoare aceste constatări, dar acest lucru este suficient pentru a susține că nu toate subpopulațiile vor fi supuse aceluiași interval de predictori ai carierei viitoare. Acest fenomen este numit individualizare (Pollock, 2008) și a deschis problematica *individualizare vs.limitări structurale.*

În anii 1990 a existat un interes crescând în modurile în care teoria individualizării ne-ar putea ajuta să înțelegem condiția tranzițiilor tineretului. Individualizarea presupune descrierea proceselor prin care alegerile personale au crescut în importanță pe măsură ce societățile s-au dezvoltat, aceasta însemnând că necesitatea de a face alegeri legate de carieră a crescut, comparativ cu generațiile anterioare (Pollock, 2008).

O aplicație timpurie a acestui fenomen la tranzițiile tineretului a susținut că acest lucru avea sens doar atunci când era asociat cu o înțelegere a barierelor structurale, ceea ce înseamnă că nu toți tinerii erau în situația de a face aceleași alegeri (Roberts et al., 1994, apud Pollock, 2008).

Există dovezi care sugerează că, atunci când limitările structurale sunt controlate pentru variații ale capitalului de identitate (măsurile de personalitate) sunt legate de alegerile proactive ale tinerilor. Cu alte cuvinte, dacă tinerii au avut control total asupra destinului lor, atunci vina le aparține în totalitate dacă lucrurile nu merg în direcția dorită (Cote 2002, apud Pollock, 2008).

Există într-adevăr mai multe alegeri, dar oportunitățile nu au fost niciodată mai limitate. Contextul în care se fac alegerile de viață ale tinerilor (adesea legate de educație și instruire) servește din ce în ce mai mult pentru a sublinia importanța nevoilor imediate față de incertitudinile viitoare. Cu alte cuvinte, este o înșelăciune crudă a sugera tinerilor că nu se pot învinui decât dacă nu și-au realizat ambițiile (Vaughan 2005, apud Pollock, 2008).

Explorările din teoria individualizării au expus tendința de a presupune că generațiile contemporane stau întotdeauna mai rău decât cele anterioare. Nu poate fi nici o surpriză faptul că ar apărea o viziune opusă, care afirmă că lucrurile nu erau atât de roz pentru tineri din trecut. Acest lucru ar putea fi apoi folosit pentru a pune la îndoială concluziile comparative în care trecutul a fost considerat relativ stabil și, eventual, mai de dorit (Pollock, 2008).

Partea a II a.
Dezvoltarea proceselor psihice

2.1. Pubertatea – noi parametri de dezvoltare fizică

Transformările în dezvoltare care au loc în timpul adolescenței necesită *reorganizarea reciprocă a individului și contextului* care influențează procesele psihice – cunoașterea, emoția, comportamentul și relațiile (Graber & Brooks-Gunn, 1996; Lerner & Castellino, 2002).

Fenomenologia adolescenței se centrează în jurul *reorganizării vieții interioare*. O primă reorganizare privește chiar reprezentarea și integrarea experiențelor corporale și sexuale. Inițial, foarte devreme în pubertate, adolescentul resimte aceste experiențe noi ca fiind externe sieși; în timp, el va învăța să le integreze în corpul matur sexual ca sursă de mândrie și plăcere.

Concomitent cu reorganizarea imaginii corporale în jurul maturității sexuale, au loc o serie de reorganizări care privesc:

- *„explozii emoționale”* – în special, este vorba despre modularea agresivității și fuziunea dintre agresivitate și tandrețe;
- *valorile* – în special asumarea valorilor personale care diferă de cele ale părinților;
- *concepția despre istoria personală* – posibilitatea de a se poziționa în succesiunea evenimentelor vieții personale în baza auto-reflecției și posibilitatea de a dispune de proiecția personală de viitor auto-generată; *modul în care se vede pe sine în relațiile cu ceilalți* – în special posibilitatea de a trăi experiențe emoționale intime în afara familiei.

Aceste reorganizări apar pe fondul:

- funcționării fizice și cognitive corespunzătoare,
- elementelor psiho-afective achiziționate în etapele anterioare ale dezvoltării,

- suportului permanent din partea familiei și a altor adulți semnificativi – în special profesorii
- influenței grupului de covârstnici și a prietenilor.

Transformările care au loc în perioada adolescenței se împart în cinci categorii majore care vor fi analizate în secțiunile următoare.:

- transformări fizice,
- cognitive,
- emoționale,
- sociale
- comportamentale.

Transformările corporale, strâns legate de atingerea maturității sexuale, au un impact major asupra evoluției întregii personalități a adolescentului – incluzând aici sfera intelectuală, motivațional-afectivă și cea a relațiilor interpersonale.

2.1.1. Transformările pubertale și adaptarea adolescenților

În perioada adolescenței au loc importante *transformări fizice* care implică o creștere rapidă a oaselor și mușchilor: în jurul vârstei de 9–12 ani pentru fete și 12–14 ani pentru băieți debutează maturizarea sexuală (pubertatea), punând adolescentul în situația de a se confrunta cu o serie de experiențe corporale noi: acneea și pielea uleioasă; transpirația care devine mai abundentă; intensificarea creșterii părului pubian, axilar și facial; schimbări ale proporțiilor corpului; autoerotismul și fantezii despre intimitatea sexuală; dezvoltarea organelor genitale și îngroșarea vocii la băieți; creșterea sânilor și începutul ciclului menstrual la fete; ș.a.m.d. (APA, 2002).

La rândul său, acest cortegiu de transformări biologice complexe conduce la modificări importante atât la nivel personal, cât și relațional.

Informațiile privind sănătatea adolescenților, spre deosebire de datele despre copii, nu sunt disponibile la scară largă în multe țări în curs de dezvoltare, cu excepția indicatorilor privind sănătatea sexuală și reproductivă colectați de către anchetele internaționale majore privind sănătatea, în special în contextul HIV și SIDA (UNICEF, 2011).

Privitor la datele disponibile despre adolescenți, acestea nu sunt adesea clasificate în funcție de gen, grupa de vârstă sau alți factori care ar putea

oferi detalii foarte importante despre situația adolescenților (UNICEF, 2011).

Schimbările rapide trăite în adolescență determină atingerea unui *nou nivel de conştientizare cu privire la propria persoană şi la reacţiile celorlaţi faţă de sine*. Astfel, de multe ori adulții percep adolescentul (care acum, din punct de vedere fizic, arată ca o persoană adultă) ca fiind deja o persoană adultă. Totuși, adolescentul nu este încă adult și are nevoie de timp și ocazii pentru a se autocunoaște și a explora atât propria persoană, cât și lumea în care trăiește.

Deși majoritatea adolescenților reușesc să facă față paletei de probleme destul de diverse ale acestei perioade, pentru copii care sunt vulnerabili din cauza unor dificultăți preexistente − cum ar fi diferite boli sau probleme medicale cronice, dificultăți emoționale, întârzieri cognitive, conflicte nevrotice timpurii nerezolvate − intrarea în adolescență, cu tendințele specifice spre autonomie și noi așteptări sociale, trebuie să avertizeze adultul cu privire la posibile schimbări necesare în stilul anterior stabilit în relația părinte-copil sau relația educațională (Sion, 2004).

2.1.2. Transformările pubertale și adaptarea mediului social

Ca răspuns la transformările biologice și fiziologice ale pubertății, adolescentul începe să fie tratat într-un mod diferit de către cei din jur. Fata sau băiatul nu mai este văzut doar din perspectiva copilului inocent, ci este abordat ca ființă sexuală care fie trebuie protejată, fie devine ținta (obiectul) interesului sexual. În plus, adolescentul trebuie să facă față așteptărilor societății legate de modul în care „ar trebui" să se comporte o femeie sau un bărbat tânăr.

Pe de altă parte studii legate de informarea copiilor cu privire la schimbările pubertății au arătat, pentru populația americană cel puțin, că adulții, în număr mare, consideră că vârsta de 13 ani este perioada „magică" în care trebuie să aibă loc informarea copiilor cu privire la aceste schimbări. Autorii (APA, 2002) spun că pentru unii copii, poate fi prea târziu dat find ca semne prepuberale apar încă de la vârsta de 7 ani (Herman–Giddens, et al., 1997; Kaplowitz & Oberfield, 1999).

2.1.3. Transformările privind imaginea și reprezentarea corporală

Din punct de vedere psihologic, adolescentul poate trăi schimbările rapide din corpul său într-un mod pasiv, rezonând astfel cu experiențe anterioare de umilire sau dependența și simte că el/ea este forțat(ă) să „învețe să accepte" ceva ce nu poate să controleze. Ca urmare, există situații în care adolescentul vulnerabil încearcă să nege ceea ce se întâmplă cu corpul său și trăiește cu teamă schimbările care au loc în această perioadă. În alte situații, adolescentul se poate simți confortabil, bazat pe experiențe anterioare pozitive.

Leon Festinger (1954) a descris teoria comparației sociale și a crezut că oamenii au nevoie de autoevaluare, de a ști cumse poziționează relativ la unele standarde. A emis ipoteza că oamenii se compară cu niște standarde obiective sau, dacă nu există, se compară cu ceilalți. În plus, Festinger credea că este posibil ca oamenii să se compare cu alții asemănători, o comparație care ar furniza informații semnificative (Goethals & Darley, 1977). Deși teoria a fost inițial dezvoltată pentru a se aplica opiniei și evaluării abilităților, a fost aplicată unei varietăți de situații, inclusiv evaluări ale sănătății (Wood et al., 1985) și evaluări ale aspectului din punct de vedere estetic (Richins, 1991). De exemplu Richins (1991) a constatat că subiecții cercetării sale și-au evaluat propriile apariții mai negativ dacă ar fi fost expuși mai întâi la imagini publicitare idealizate ale modelelor. Imaginile corporale idealizate sunt o bază frecventă de comparație pentru adolescenți și multe ori sursa de respingere a propriei imagini corporale cand aceasta nu se apropie de idealul lor.

Alegerea între acceptarea sau respingerea imaginii corporale, între autoîngrijire și neglijare se poate schimba rapid, în mod repetat și intempestiv. Adolescentul are nevoie de suport în descifrarea căilor de adaptare socială și are nevoie de susținere emoțională pentru a naviga în reperele lumii adulte pentru ale cărei reguli, norme și noi libertăți poate să nu fie încă pregătit. Chiar dacă adolescentul pare de cele mai multe ori să refuze tot acest sprijin este necesară contiunarea afirmării suportului de către părinți, familie, educatori și în același timp este necesară transformarea și adecvarea la noile sale nevoi a tuturor factorilor de suport din rețeaua de ingrijire și educație a adolescentului.

2.1.4. Atracția și exersarea ei – o dimensiune nouă

Preocuparea pentru corp este o caracteristică proeminentă a adolescenței. De multe ori, adolescentul își folosește corpul ca pe o scenă pentru a interpreta mândria sau rușinea, veselia sau disperarea, un mod de a fi frumos sau respingător. Corpul poate fi perceput ca străin, „corpul altuia", ce poate fi tratat cu respect sau poate fi neglijat; poate fi tratat ca pe un persecutor, după cum poate fi ignorat sau atacat, pedepsit, mutilat; poate fi luat în grijă sau expus în mod narcisic.

Imaginea de sine a unui individ este și în relație cu corpul său. În timpul procesului normal de dezvoltare, modificările corporale sunt atât de lente încât imaginea de sine rămâne relativ stabilă. Imaginea corporală are timp să se adapteze la aceste schimbări de dezvoltare, astfel încât individul să-și cunoască propriul corp. În timpul adolescenței, schimbările în structura corpului, experiența corporală și noile senzații și provocări ale corpului sunt mai drastice, astfel încât chiar și spațiul de viață bine cunoscut al imaginii corpului devine mai puțin familiar, nesigur și imprevizibil (Muuss, 1975).

Adolescentul este preocupat de normalitatea corpului său și de modul în care este perceput de ceilalți; el este îngrijorat și poate fi, de fapt, tulburat de imaginea corpului său. El își petrece mult timp studiind propria imagine în oglindă și este preocupat de dezvoltarea caracteristicilor sexuale primare și secundare în raport cu covârstnicii. Acest lucru este de înțeles; în mod evident, corpul este considerat aproape vital pentru sentimentele de atractivitate, stabilitate, securitate și pentru rolul sexual al fiecăruia. Sentimentele negative despre propriul corp sunt legate de un concept negativ de sine (Rosen & Ross, 1968) și pot duce la instabilitate emoțională care poate schimba raportarea la propria viață. Din cauza acestor diferite incertitudini, comportamentul adolescentului se caracterizează printr-o plasticitate crescută a personalității care poate duce la schimbări de personalitate (Muuss, 1975, p. 125).

Adolescenții acordă o atenție deosebită și investesc un efort considerabil pentru a-și asigura atractivitatea în relație cu ceilalți. În încercarea de a exercita un control activ asupra transformărilor pubertății, poate încerca sa „amelioreze" natura: de exemplu, își decorează corpul cu coafuri și haine speciale, cu machiaj și tatuaje; își ameliorează silueta urmând diferite diete

pentru scăderea greutății sau programe fizice pentru mărirea masei musculare; își modifică aparența fizică prin îmbrăcăminte, coafura noncomformistă, cercei multipli, păr lung sau orice altceva se definește la un moment dat de către grupul de vârsta ca fiind în trend.

Prin această „punere în scenă", adolescentul își reorganizează propria reprezentare asupra corpului și semnificațiile variatelor părți componente în relațiile cu ceilalți, inclusiv persoanele de același sex sau de sex opus, părinții sau educatorii. Când nu este dusă în extreme, această experimentare permite adolescentului să învețe despre și să preia controlul asupra corpului său – care acum și-a modificat forma, funcționează într-un alt mod, emană noi mirosuri, oferă noi modalități de provocare etc.

2.1.5. Preocuparea pentru imaginea corporală

În perioada adolescenței, atât fetele cât și băieții, petrec ore întregi în fața oglinzii, analizându-și corpul (unde/ce/cât a mai crescut/s-a modificat), probând diferite haine și accesorii, extrem de preocupați de înfățișarea lor. Mulți adolescenți sunt nemulțumiți de modul în care arată corpul lor aflat în schimbare și dezvoltă reacții de respingere, jenă exagerată, sau sentimente de inferioritate. Pe de o parte, ei doresc să se „încadreze" în norma impusă de generația lor, de grupul de prieteni și, în același timp, să își dezvolte un stil unic și personal. Ca urmare, unele aspecte normale în perioada pubertății, cum este creșterea în greutate, pot fi percepute în mod negativ mai ales într-o cultură care apreciază în mod excesiv un corp suplu sau atletic. Ca răspuns, multe adolescente recurg la dietă în mod obsesiv sau, în cazul băieților, la suplimente nutrive pentru dezvoltarea masei musculare.

Studiile arată că această preocupare firească este amplificată de expunerea tinerior la mesajele media.

Efectul perceput al imaginilor media idealizate asupra sinelui și corelația cu tulburări de alimentație, depresie sau stimă de sine scăzută este o temă vastă de cerecetare, majoritatea studiilor arată cel puțin că mesajele mediatice în jurul aspectului fizic nu sunt realiste pentru majoritatea tinerilor și duc la nemulțumire față de imaginea corpului pentru adolescenți (Benowitz-Fredericks, et al., 2012).

2.1.6. Corpul ca obiect

Studiile legate de corp ca obiect au subliniat importanța acestuia în construcția primei impresii (McArthur & Roberts, 1982; Roberts & Herman, 1986) și în formarea bazei stereotipului de atractivitate fizică (Feingold, 1992; Karraker & Stern, 1990). Pentru femei, tendința de a se concentra pe corpul ca obiect duce la o mai mare atenție la părțile individuale ale corpului (Numerar et al., 1986; Fisher, 1964), în timp ce tendința bărbaților este să se concentreze asupra imaginii corporale ca proces, într-o perspectivă mai holistică asupra corpului (Brown et al., 1990; Franzoi & Shields, 1984). În mod similar, Cash și Brown (1989) au arătat că femeile tinere sunt mai orientate spre aspect, în timp ce tinerii sunt mai mult orientați către a fi în formă fizică bună. Alți autori arată că fetele începând de la o vârstă fragedă, de la jocul cu păpușile și jucăriile de machiaj sunt încurajate să acorde atenție sporită modului de îmbrăcăminte și altor podoabe corporale, ele sunt învățate despre corpul lor ca obiect că acesta este un factor semnificativ în modul în care alții le vor evalua valoarea globală (Franzoi, 1995, Banner, 1983) (apud Franzoi, 1995, p.418).

Pentru adolescentul aflat într-o astfel de situație vulnerabilă, manipularea corpului ca pe un obiect poate deveni o preocupare importantă: nivelul satisfacției față de viață poate fi foarte scăzut când crede că este mult prea scund, că talia ei este prea groasă, că sânii prea mari sau nu suficient de mari etc. Pentru adulții din jurul adolescentuui, părinți, profesori sau familie extinsă, aceste nemulțumiri ale adolesccentului sunt exagerate, uneori sunt luate în râs și adolescenții pot fi ținta glumelor mai mult sau mai puțin tăioase. Sensibilitatea adolescentului la aceste teme poate fi întărită, capacitatea lui de a se accepta poate să scadă, efect contrar ideii unor adulți cum că tratamentul cu umor și persiflarea ușoară ar avea ca efect tocmai intărirea stimei de sine a adolescentului.

Reorganizarea reprezentării corporale este inevitabil corelată cu reorganizarea relațiilor familiale și cu alte schimbări ale imaginii de sine. Atunci când acestea sunt încărcate negativ și se conjugă cu alți factori determinanți, rezultatul este anorexie, bulimie, automutilare sau obezitate. În acest caz, corpul devine expresia conflictelor nevrotice și intrafamiliale, iar reorganizarea imaginii de sine se învârtește în jurul reprezentării corporale: cine deține corpul, cine este responsabil pentru el, cine se bucura de plăcere sau suportă diferite tipuri de agresiuni.

2.2. Dezvoltarea cognitivă și moralitatea

Achiziția operațiilor formale se produce de obicei în jurul vârstei de 11 ani și permite o mai mare flexibilitate în utilizarea informației. Are loc o nouă evoluție a funcției semiotice, au acum capacitatea de a folosi simboluri pentru a prezenta alte simboluri de exemplu pot să reprezinte un număr necunoscut prin litera „x", pot învăța algebră și trigonometrie, pot utiliza și crea metaforă, alegorie, pot găsi ca urmare, semnificații mai complexe în textul literar (Papalia et al, 2010). Pot gândi prin prisma a ceea ce ar putea să fie, nu doar raportându-se la ceea ce deja este, adică pot opera cu posibilul și posibilitățile, pot formula și testa ipoteze. Capacitatea de gândire abstractă are și implicații emoționale, copiii iubesc sau urăsc pe cineva, pe când adolescentul poate să iubească libertatea și să urască exploatarea. Este perioada când posibilul și idealul captivează deopotrivă mintea și simțirea (Ginsburg & Opper, 1979, p.201, apud Papalia et al, 2010).

Adepții teoriei procesării informației au identificat două categorii de schimbări măsurabile la nivelul cogniției în adolescență

- modificări structurale;
- modificări funcționale.

Modificările structurale sunt la nivelul capacității memoriei de lucru și la nivelul unoștințelor stocate în memoria de lungă durată. Informațiile socate în memoria de lungă durată pot construi (Eccles et al., 2003, apud Papalia, 2010):

- informație/cunoaștere declarativă – a ști faptul că;
- cunoaștere procedurală – a sti cum să;
- cunoaștere conceptuală – a ști de ce.

Modificarea funcțională presupune modificări legate de învățare, reamintire, raționare, toate acestea înregistrează creșteri progresive în adolescență (Eccles et al., 2003, apud Papalia, 2010).

Schimbările funcționale importante sunt:

- crește viteza de procesare (Kuhn, 2006);
- dezvoltarea în continuare a funcției executorii, care include atenția selectivă, luarea deciziilor, gestiunea memoriei de lucru, precum și controlul reacțiilor impulsive (Papalia et al, 2010).

Cu toate acestea, îmbunătățirile observate sunt dependente de motivație și reglare afectivă (Papalia et al., 2010).

2.2.1. Dezvoltarea cognitivă în perioada adolescenței

Dezvoltarea cognitivă a adolescentului este caracterizată prin trecerea de la gândirea concretă la gândirea abstractă: „Adolescentul, în opoziție cu copilul, este un individ care reflectează în afara prezentului și elaborează teorii despre toate lucrurile" (Piaget, 2008).

Adolescentul dispune acum de un nou set de instrumente mentale și, ca urmare, devine capabil să analizeze situațiile în mod logic, în termenii de cauză și efect; să aprecieze situații ipotetice; să anticipeze, sa planifice, să imagineze cum va arăta viitorul, să evalueze alternative, să își fixeze obiective personale; mai mult, adolescentul devine capabil de introspecție, poate să abordeze cu tot mai multă maturitate sarcinile de luare de decizie. Progresul intelectual în adolescență este acompaniat, într-o măsură considerabilă, de trecerea de la memorarea mecanică la cea logică, susținută de perfecționarea percepției senzoriale și a criteriilor de observare, de acutizarea simțului critic, de algoritmi asimilați, dar și de efortul voluntar depus atunci când tânărul are conștiința clară a unor scopuri și idealuri de atins.

Totuși, este necesar să amintim că generalitatea teoriei piagetiene a fost pusă în discuție tocmai datorită constării faptului că stadiul operațiilor formale nu reprezintă o etapă obligatorie în evoluția intelectului. Însuși Piaget a amendat teoria a dezvoltării cognitive în 1972, aratând că dezvoltarea gândirii abstracte este o consecință a antrenamentului școlar, mai ales la matematică și științe.

2.2.2. Dezvoltarea independenței și autonomiei

Contextul în care a fost utilizat conceptul de autonomie a ajutat la definirea sensului său. De exemplu, studiile din domeniul profesiilor medicale privind autonomia adolescenților s-au axat pe autodeterminare, control, luarea deciziilor și comportamentele sociale și de risc. Literatura din domeniile educaționale a considerat autonomia în lumina auto-învățării, motivației intrinseci, locul controlului și realizărilor academice. Conceptul

de autonomie a fost folosit într-un sens de dezvoltare în cercetarea psihosocială, axându-se pe maturizare, auto-eficacitate, independență, individualizare și auto-actualizare (Spear & Kulbok, 2004).

Pe măsură ce adolescentul începe să își exerseze noile abilități și deprinderi de raționament, uneori comportamentul său poate să fie greu de înțeles pentru adult, provocând confuzie. Este momentul în care adolescentul argumentează de dragul argumentației, sare direct la concluzii și este extrem de centrat pe sine. Pe de altă parte, încearcă să găsească întotdeauna o vină sau un defect în ceea ce spune adultul, să dramatizeze. Multe din aceste exemple vin să susțină că adolescența este terenul de exersare a autonomiei și nu toate exercițiile sunt reușite.

Autonomia este considerată a fi o stare dorită a ființei, în acest sens ființele umane își doresc independența și libertatea de a face alegeri. Alegerea prietenilor, partenerilor, ideilor la care aderă. Autonomia implică menținerea unui fel de echilibru dintre dependență și autonomie. Autonomia, ca fenomen activ orientat către proces, pot fi văzut în lumina unui continuum, cu dependență la un capăt și autonomie la celălalt. O parte a provocării pentru independență implică dorința de a fi independent, menținând în același timp legătura cu familia și cu societatea (Spear & Kulbok, 2004).

Ca rezultat al dezvoltării abilităților cognitive, adolescentul devine din ce în ce mai independent și autonom (APA, 2002):

- Își asumă treptat responsibilități tot mai importante, de exemplu, îngrijirea fraților mai mici, sarcini diverse în gospodărie, activități extrașcolare sau angajarea în muncă pentru perioada vacanțelor etc.
- Accentul se deplasează de la centrarea pe joc, pe activități academice; începe să se gândească la o viitoare ocupație și carieră.
- Apelează la covârstnici și sursele media pentru a obține informația de care are nevoie, pentru a găsi sfaturile și orientarea necesară.
- Începe să își dezvolte o conștiință socială proprie: devine tot mai preocupat de probleme sociale și existențiale majore precum sărăcia, războiul, încălzirea globală etc.
- Își dezvoltă un sentiment al valorilor și comportamentul etic: este capabil să recunoască și să aprecieze valoarea unor trăsături precum cinstea, grija pentru ceilalți, ajutorul oferit celorlalți (APA, 2002).

Erikson arată că pentru a facilita dezvoltarea comportamentului autonom și identitatea eului, adolescentul, trebuie să fie într-un mediu familial care promovează valorile de autoconducere și de control intern, mai degrabă decât conformitate și ascultare față de autoritate. Dacă părinții nu o fac, nu oferă un mediu de susținere și afecțiune care permite adolescenților să obțină independență și control asupra vieți proprii, adolescenții se pot îndrepta către colegii lor pentru sprijin primar și socializare (Eccles et al., 1991; Mann et al., 1989). Pardeck și Pardeck (1990) au subliniat că structura familială, interacțiunea familială și conflictul, stilul parental sunt esențiale pentru dezvoltarea autonomiei adolescenților.

Cercetările arată că un mediu familial în care se regăsesc: un comportament de suport și căldură precum și setarea unor limite clare alături de susținerea autonomiei pare să se asocieze cu o reziliență foarte bună la adolescenți (Jessor, 1991)

2.2.3. Stadiile dezvoltării morale

Piaget studiază aplicarea regulilor în jocurile de grup ale copiilor și descrie în consecință, stadiile dezvoltării morale. Între 6–10 ani, Piaget consideră că debutează la copii capacitatea de a înțelege regulile, dar sunt inconsecvenți în aplicarea sau urmarea lor. La 12 ani înțeleg sensul și semnificația regulilor, faptul că ele există pentru a oferi jocului sens și direcție și pentru a preveni disputele între jucători.

Stadiile morale ale lui Piaget încep cu vârsta de 6 ani, când copiii reușesc trecerea de la stadiul preoperațional la gândirea concret operațională (Piaget, 1980)

Primul *stadiu*, cel *al moralității heteronome* este stadiul regulilor impuse din afară, al realismului moral. Realismul moral este cel conform căruia obligațiile și valorile sunt determinate de lege sau de consemn, în sine, independent de contextul intențiilor și al relațiilor (Piaget, 1976, p.105).

Moralitatea heteronomă este caracterizată de reguli exterioare, regulile sunt inflexibile, dreptatea este redusă la regula impusă de adult pentru că judecata morală coincide cu decizia adultului. Consecința acțiunilor definește ceea ce este rău sau bine. Pedeapsa este văzută ca o consecință imediată a unei greșeli și îndreptarea greșelii sau judecata și pedeapsa este văzută ca inerentă (Piaget, 1976).

Stadiul moralității autonome este stadiul unei moralități a cooperării, consecință a evoluției cognitive și mai ales a decentrării, carcteristică perioadei de la 7/8 ani până la 11/12 ani, când are loc un proces de ansamblu care poate fi caracterizat ca trecerea de la centrarea subiectivă în toate domeniile la o decentrare, în același timp cognitivă, socială și morală (Piaget, 1976, p. 108).

Moralitatea autonomă este bazată pe cooperare, recunoaștere mutuală a egalității între indivizii autonomi și caracterizată de atitudini moral raționale. Regulile sunt văzute ca fiind consecința înțelegerilor reciproce, consimțite iar dreptatea este arbitrată de comun accord. Judecata morală se axează pe intenția actorului (scopul cu care a săvârșit acțiunea). Consecința judecății morale este apreciată în termenii de justețe, tratament egal sau ținând cont de nevoile individului iar justețea pedepsei este dată de gradul ofensei sau greșelii (Piaget, 1976).

Cu toate acestea, trebuie subliniat faptul că Piaget nu a considerat că tinerii ar deveni neapărat autonomi; ambele morale (heteronome și autonome) se găsesc la adulți. Teza lui Piaget este că există o dezvoltare morală, care se înscrie în general de la heteronomie la autonomie; dar heteronomia nu este exclusiv o caracteristică morală a copiilor.

Ca și Piaget, Kholberg a studiat felul în care copiii și adulții gândesc asupra regulilor care le guvernează comportamentul în anumite situații. Kholberg nu a pornit de la studiul jocului copiilor, așa cum a făcut Piaget, ci a probat răspunsurile lor la o serie de situații structurate sau dileme morale.

Kohlberg (1969) propune nivelurile:

- ***Nivelul I – moralitatea preconvențională****,* în care regulile sunt stabilite de ceilalți.
- ***Nivelul II – moralitatea convențională****, a conformării cu rolul convențional,* în care regulile sunt adoptate din nevoia de a satisface persoanele cu autoritate și uneori subordonate propriilor nevoi sau nevoilor grupului de apartenență. Autorii sunt de părere că acest nivel este specific dezvoltării copilului la 10 ani dar din păcate unii oameni nu depășsesc acest stadiu nici în perioada adultă (Papalia et al. 2010)
- ***Nivelul III – moralitatea postconvențională****,* în care omul sesizează conflictele din interiorul standrdelor morale și emite propriile judecăți, își definește valorile în termeni proprii, valori pe care a ales să le urmeze.

Teoria (Kohlberg, 1969, apud Papalia, 2010) cuprinde stadiile:

- Stadiul 1 – *orientarea spre pedeapsă/obediență (supunere),* copii respectă reguluile pentru a evita pedeapsa, ignoră motivele unei acțiuni și se concentrează asupra formei;
- Stadiul 2 – *orientare relativist-instrumentală* – relativitatea survine datorită convingerii că ceea ce este bun este ceea ce satisface nevoia cuiva și, ocazional, și pe a celorlalți.
- Stadiul 3 – *orientarea către menținerea relațiilor reciproce* – în care comportamentul moral este înțeles ca fiind cel care-i mulțumește pe ceilalți și unde aprobarea este câștigată prin conformare, are loc debutul moralității convenționale.
- Stadiul 4 – *orientarea concentrată pe respectarea regulilor*, unde dreptatea se confundă cu respectarea autorității, iar judecata morală se confundă cu menținerea ordinii sociale preexistente.
- Stadiul 5 – *orientarea contractului social*, debutul moralității post-convenționale, în care, oamenii gândesc în mod rațional asupra moralității, prețuiesc voința majorității și binele social. În conflictul între nevoia umană și lege, consider că este mai bine pentru societate să se supună legii (Papalia et al. 2010)
- Stadiul 6 – *orientarea către principiile etice universale*, în care ceea ce este drept este definit de decizii ale conștiinței, în acord cu principiile etice personal alese. Aceste principii sunt abstracte și etice, diferite de pre-scripțiile morale.

În 1987 puțin înainte de a se stinge din viață, Kolberg a postulat un *ultim stadiu al dezvoltării morale* care merge mai departe de considerațiile privind dreptatea.

În acest stadiu adulții reflectă la întrebarea „De ce să fii moral?" (Kholberg & Ryncarz 1990, p192, apud Papalia et al. 2010) Răspunsul se află în atingerea unui *sens al uniunii cu cosmosul, cu natura sau cu Dumnezeu.*

Kolberg avea și el îndoieli cu privire la includerea acestei perspective ca stadiu, dat fiind că foarte puțini oameni ajung până aici și de aeea a facut o paralelă cu etapele dezvoltării credinței descrise de teologul James Fowler, arătând ca ultimul său stadiu moral se aseamănă cu stadiul de maturitate al credinței descris de acesta, unde „omul trece prin experiența contopirii

cu condiiile ultime ale vieții și ființei sale" (Kholberg & Ryncarz 1990, p.202, apud Papalia et al. 2010)

Una din limitele teoriei lui Kholberg privește legătura dintre judecata morală și comportamentul moral. Studiile arată variate discrepanțe între ceea ce copiii cunosc și cât sau cum pun în practică ceea ce cunosc despre regulile morale. Alături de acesta sunt și alți factori implicați care pot genera sau inhiba manifestarea comportamentelor morale, factori precum experiențele individuale, modelele familiale, expunerea la ativități imorale sau ilegale etc. (Colby & Damon, 1992, Fischer & Pruyne, 2003, apud Papalia et al., 2010).

În plus, nu avem întotdeauna o relație bine definită între raționamentul moral și comportamentul moral. Cu toate acestea, există dovezi care arată că, în general, adolescenții cu un nivel mai ridicat de raționare morală au o capacitate mai mare de adaptare la mediu și în societate, pe când adolescenții cu tendințe antisociale au tendința de a crea raționamente morale mai puțin mature (Eisenberg & Morris, 2004, apud Papalia et al., 2010).

Conform teoriei dezvoltării morale a lui Kholberg, adulții pot sprijini copiii și tinerii să treacă la următorul stadiu al dezvoltării morale, permițându-le să exploreze în mod liber problematica și provocându-le gândirea prin introducerea de concepte aparținând stadiului următor (Salvin, 1986, p. 54).

2.2.4. Morala și construcția idealului de viață

Adolescentul este atras de ideal, de modele înalte de personalitate. Admiră cu înflăcărare persoanele luate ca model (idoli ai muzicii, filmului) fiind în căutarea propriei identități. Tendința de afirmare a Eu-lui care începe odată cu pubertatea, impulsionează elanul spre bine a adolescenților: „...a acționa bine înseamnă pentru ei o ocazia de a se afirma, de a crește în proprii săi ochi. Această morală a Eu-lui este întotdeaună o morală ce se bazează pe dragostea față de bine" (Debesse, 1981 p.94).

Valorile morale sunt personificate în modele umane cu care tinerii se străduiesc să semene. Ele nu se reduc la principii: fundamentul vieții lor morale nu mai este regula sau datoria, ci exigența. Tinerii resping acum cu putere mediocritatea și compromisul. O morală personală devine posibilă atunci când apare și o anumită imoralitate sub impulsul instinctelor

și a condițiilor favorabile de mediu. Așteptarea ca viitorul să furnizeze imaginea de sine acceptabilă, investită cu capacitatea de a exprima în modul autentic sinele, este unul dintre principalele semne caracteristice ale vârstei tinere. La această vârstă, individul, conștient că nu a făcut dovada tuturor posibilităților sale, plasează actualizarea acestora sub semnul viitorului (APA, 2002).

2.3. Dezvoltarea emoțională și identitatea

Deprinderile intelectuale pe care adolescentul le dobândește în această perioadă îi dau posibilitatea să reflecteze, să se gândească la cine este și ce anume îl definește ca fiind o persoană unică, deosebită de ceilalți. A avea o identitate înseamnă a fi cineva, a ocupa o anumită poziție într-un context social dat, a juca un anumit rol, a dispune de un anumit statut. Identitatea este „dimensiunea centrală a conceptului despre sine a individului, reprezentând poziția sa generalizată în societate, derivând din apartenența sa la grupuri și categorii sociale, din statutele și rolurile sale" (Popescu-Neveanu, 1978, p.319).

Transformările care se produc în întreaga structură a personalității adolescentului au implicații deosebit de importante: maturizarea fiziologică, dezvoltarea capacității de cunoaștere, apariția de noi dorințe și sentimente dau adolescentului impresia că este o persoană cu totul nouă, mult diferită față de copilul care era până de curând.

În vasta problematică a cunoașterii de sine, conceptul de identitate apare ca o inovație conceptuală și terminologică atribuită lui Erik Erikson. În 1968, Erikson publică *„Adolescență și criză: în căutarea identității",* o sinteză a cercetărilor sale dintre anii 1950 și 1966 asupra problemei identității. Propunând o reflecție asupra crizei individului și a crizei societății de la sfârșitul anilor ′60, cartea lansează totodată un concept central pentru psihologi modernă: *criza de identitate.*

Expresia *criză de identitate* a apărut în timpul celui de al doilea război mondial într-un stabiliment militar american de reeducare, având o conotație clinică. Termenul desemna atunci situațiile de pierdere a sentimentului de identitate personală, ca o consecință a situației de război și nu neapărat în relație cu șocurile traumatizante. Ulterior, criza de identitate a fost asociată

cu un stadiu particular al dezvoltării: adolescența și debutul vârstei adulte. Acest conflict, în bună parte inconștient, are și dimensiuni conștiente și sociale ceea ce introduce posibilitea unei interacțiuni complete între social și psihologic, între istoria individului și dezvoltarea sa.

2.3.1. Dezvoltarea emoțională în termenii crizei

Obiectivul major al dezvoltării în perioada adolescenței este, arată Erik Erikson, *formarea identității eului* – o identitate clară, durabilă și sigură, un simț coerent al sinelui. În acestă perioadă, de obicei adolescentul tipic gândește despre sine însăși în modul următor: „Nu sunt ceea ce mi-aș dori să fiu, nu sunt ceea ce voi fi, dar nici nu mai sunt ceea ce am fost" (*I ain't what I ought to be, I ain't what I'm gonna be, but I ain't what I was)* (Erikson, 1950, p.139).

Ca urmare, în timpul celei de-a cincea crize psihosociale, copilul, acum un adolescent, va cauta un răspuns bine definit la întrebarea „*Cine sunt eu?*". Eșecul în dobândirea unei identități ferme, confortabile și durabile are ca rezultat o așa numită *difuziune de rol* sau un simț confuz cu privire la cine este și ce face o anumită persoană.

Astfel, pentru adolescent, principala provocare a acestei perioade este să depășească cu succes așa-numită experiență a *difuziei identității*, care implică un puternic sentiment de neclaritate și nesiguranță. Cu alte cuvinte, pentru adolescent este important să dobândească treptat „sentimentul de a te simți acasă în propriul corp, sentimentul că știi încotro mergi, precum și certitudinea recunoașterii din partea celor care contează" (Erikson, 1950, p.165).

Dealtfel, criza dominată de *confuzia identității* și *confuzia de rol* din timpul adolescenței este, în opinia multor psihologi, criza care domină întreaga dezvoltare umană. Nu este întâmplător că Erikson se oprește asupra identității mai mult decât asupra oricărei alte achiziții de dezvoltare, reamintindu-ne că în contemporaneitate, spre deosebire de perioada în care el și-a dezvoltat teoriile, ne confruntăm peste tot în lume cu probleme de identitate, de rasă, naționalitate, persoană, profesiune, etc.

2.3.2. Anatomia identității

În viziunea lui Erikson (1950), identitatea se structurează în jurul a are trei componente principale:

- simțul unității sau acordul între percepțiile sinelui;
- simțul continuității percepțiilor sinelului în timp;
- simțul reciprocității între propriile percepții ale sinelului și modul în care individul este perceput de ceilalți.

Astfel, identitatea poate fi definită ca fiind sentimentul subiectiv al unității personale și al continuității temporale. Faptul că adolescentul trece prin propria sa criză de identitate poate reflecta două lucruri:

- o problemă de identitate, de exemplu definiția negativă a propriei identități; la întrebarea „cine ești tu", el va răpunde „ceea ce tu nu ești, nici ceea ce tu îmi spui că noi suntem și că noi facem";
- o problemă socială: o problemă de mediere între generații; psihologia și creșterea influențează atât socialul cât și aspectul istoric.

Dezvoltarea pozitivă în timpul primei părți a adolescenței, subliniază Erikson (1968), implică dezvoltarea unei perspective mult mai mature asupra timpului. În adolescența târzie se stabilește foarte clar identitatea sexuală – masculinitate sau feminitate. Pentru a își dezvolta un simț coerent al identității, adolescenții testează diferite roluri. Ca urmare, el caută pe cineva care să îi fie modelul și sursa sa de inspirație și, gradual, își dezvoltă propriul set de idealuri (dezirabile din punct de vedere social, atunci când cursul dezvoltării este pozitiv). Atitudinile și valorile stabile, alegerea ocupației, căsătoria și stilul de viață se integrează gradual și fac posibilă trăirea identității propriei persoane și a celor din jur. Adolescentul este acum capabil să își fixeze obiective și să anticipeze realizarea lor fără a se lăsa „paralizat" de sentimente de inferioritate sau de o perspectivă temporală inadecvată.

Bazat pe munca inovatoare a lui Erik Erikson privind identitatea și dezvoltarea psihosocială, în anii 1960, James Marcia, a rafinat și extins modelul lui Erikson, acordând o atenție deosebită dezvoltării psihosociale adolescenților și dezvoltării identității pe durata întregii vieți.

Marcia (1966) a construit Identity Status Interview si a l-a aplicat subiecților pentru a afla modul în care s-au dezvoltat convingerile, pre-

ferințele, etc**.** El susține că identitatea se bazează în principal pe două lucruri:

- ***ocupația****, care se referă la rolul principal în societate; se poate referi la un loc de muncă, dar se poate aplica, de asemenea, la roluri, cum ar fi tatăl, student sau fiu;*
- ***credințele fundamentale*** *ale unei persoane privind teme generale despre lume si viață, cum ar fi religia, morala sau politica.*

Marcia a încercat să identifice ocupațiile și ideologiile sau credințele fundamentale pe de o parte în scopul de a identifica identitatea curentă a subiecților, gradul cristalizării acesteia iar pe de altă parte pentru a cunoaște îndeaproape procesul de construcție și dezvoltare a identității. Abordând noțiunea de criză de identitate a lui Erikson, Marcia a postulat că etapa adolescenței nu constă nici din rezoluția asupra identității și nici în confuzia identității, ci mai degrabă în gradul în care adolescentul a explorat o identitate într-o varietate de domenii de viață, cum ar fi: domenii vocaționale, religie, alegeri relaționale, rolurile de gen etc.(Marcia, 1980).

Teoria lui Marcia de dezvoltare a identității conține patru stări ale identității:

- *achiziția identității (*identity achievement) în care angajamentele persoanei au fost luate după o fază de explorare a unor alternative semnificative,
- *moratoriu* (moratorium) în care persoana este implicată activ într-un proces de explorare,
- *identitatea prescrisă* (foreclosure) în cazul în care angajamentele sunt luate fără explorarea alternativelor, preiau așteptările altora
- *identitatea difuză* (identity diffusion) în care persoana nu are angajamente.

Aceste stări ale identității sunt definite in termenii a două dimensiuni:

- **criza** văzută în sens eriksonian, un moment în care valorile și alegerile se reevaluează, în care valorile vechi sau alegerile sunt reexaminate din noi perspective pe baza noilor nevoi.
- **angajamentul** – rezultatul final al unei crize conduce la un angajament (Marcia, 1980).

Identitatea difuză – starea în care adolescentul nu are un impuls de a face alegeri; el sau ea încă nu și-a făcut (și nici nu încearcă sau nu este dispus să facă) un angajament.

Identitatea prescrisă – starea în care adolescentul pare dispus să se angajeze în diferite roluri, valori sau obiective pentru viitor, fără să exploreze alternativele existente. Adolescenții aflați în acest stadiu, nu s-au confruntat încă cu o criză de identitate. Ei tind să se conformeze așteptărilor altora în ceea ce privește viitorul lor (foarte des deciziile lor fiind rezultaul influenței părinților sau ale prietenilor), neexplorând și alte opțiuni.

Identitatea moratoriu – starea în care adolescentul se află în criza propriu-zisă, explorând diferite opțiuni, înainte de a-și lua un angajament. Adolescenții aflați în această etapă pot să-și schimbe opiniile frecvent și rapid, experimentând astfel diferite valori și stiluri de viață și alegeri, dar neluându-și încă angajamentul față de ele.

Achiziția sau realizarea identității – starea în care adolescentul a trecut printr-o criză de identitate, și-a ales cine, ce, cum vrea să fie și și-a luat angajamentul față de un anumit rol sau o valoare.

Este foarte important de reținut că, în teoria inițială a lui Marcia, stările de mai sus nu reprezintă niște etape, deci nu trebuie nu trebuie privite ca părți ale unui proces secvențial în alegerea unui rol sau a unei valori.

2.3.2.1. Difuzia identității

Conform teoriei lui Erikson (1968), *difuzia identității* sau sentimentul nesiguranței trăit de cei mai mulți adolescenți poate fi caracterizat prin patru componente majore:

- *Intimitatea:* adolescentului îi este teamă să aibă încredere în alții deoarece aceasta poate însemna o pierdere a identității.
- *Difuzia timpului:* constă într-o neîncredere asumată cu privire la posibilitatea ca timpul să aducă schimbări ale situației, iar pe de altă parte teama că s-ar putea întâmpla ceva care să schimbe actuala stare de lucruri (Erikson, 1968).
- *Difuzia efortului personal:* care implică fie o inabilitate de a se concentra, fie un efort enorm direcționat înspre o singură activitate.
- *Identitatea negativă:* înseamnă de fapt o atitudine ostilă, de dispreț sau opoziție față de rolul considerat ca fiind potrivit și dezirabil în familie sau în comunitatea aflată în imediata apropiere.

Formarea unei identități noi trece prin nevoia de a renunța la ceea ce este vechi, la valorile sale tradiționale, înscriindu-se identitatea unei istorii a dezvoltării și a caracteristicilor unui mediu social și cultural. Abandonarea vechii identități creează uneori sentimentul de vid, lipsă de repere și dezorientare. Pentru a se echilibra și a se redescoperi pe sine însăși el caută noi identificări, noi modele de personalitate la care să se raporteze. Astfel, adolescentul devine treptat conștient nu doar de ceea ce este, ci și de ceea ce poate deveni.

2.3.2.2. Moratoriul psihosocial

Mai ales în cultura europeană și nord-americană, în special în cazul copiilor din clasele de mijloc și înalte ale societății, opinia lui Erikson este că adolescența permite un așa numit *moratoriu psihosocial*.

Ideea principală este că simțul identității individului este determinat în mare măsură de alegerile și angajamentele asumate cu privire la anumite trăsături personale și sociale.

Abordarea făcută în această paradigmă ia în considerare măsura în care individul a făcut anumite alegeri și cât de mult manifestă acesta angajamentul față de alegerile făcute.

Identitatea implică și adoptarea:

- unei orientări sexuale;
- unui set de valori și idealuri;
- unei direcții profesionale.

O identitate bine dezvoltată oferă individului sentimentul clarificării punctelor forte, slăbiciunilor și al unicității sale. O persoană cu o identitate mai puțin dezvoltată nu este capabilă să-și definească punctele sale forte și slăbiciunile personale și nu are un sentiment bine articulat de sine.

Rezolvarea crizei adolescentine poate lua o mare varietate de forme cea mai comună fiind cea în care identitatea selectată este conformă cu normele societății și așteptările individului de la el însuși. Erikson mai arată printre altele și faptul că o funcție majoră a adolescenței prelungite este aceea că oferă un interludiu în care adolescenții pot experimenta cu multitudine de roluri în căutarea propriei identități. Cu alte cuvinte, adolescentul nu trebuie încă să „joace un rol dat” și, ca urmare, i se oferă să experimenteze, să încerce diferite roluri și astfel să găsească acel rol care este cel mai potrivit pentru el.

Sintetic, este vorba despre:

- Lupta pentru de a dezvolta identitatea eului, sentimentul profund de a fi egal cu sine însuși, sentimentul continuității.
- Preocupare pentru aparența fizică, venerația pentru eroi, pentru diferite ideologii.
- Dezvoltarea identității de grup.
- Definire și confuzie a rolurilor.
- Moratoriul psihosocial, un stadiu situat între moralitatea pe care copilul a învățat-o și acea etică care urmează să fie dezvoltată ca adult.

2.3.2.3. Cristalizarea identității

Primele modele de identificare a adolescentilor sunt părinții, însă în alegerea de modele și făurirea de idealuri exercită o puternică influență eroii literaturii beletristice, ca și biografiile oamenilor de seama. Datorită unor limite inerente ale acestei vârste, modelele nu se reflectă de la sine și pozitiv în obiective ale identificării: cauzelele sunt o slabă capacitate de apreciere obiectivă a personalității și lipsa de experiență socială.

Urmare a subaprecierii acestor limite, există adolescenți la care „noile identități" nu numai că nu le depășesc valoric pe cele anterioare, dar cuprind numeroase componente negative, concretizate atât în concepții, cât și în comportament. De asemenea, experiența socială redusă a adolescenților poate conduce la identificări cu modele neadecvate (fie că este vorba de trăsături, fie sunt preluate global, necritic modelele cu însușirile, dar și cu defectele lor), sau poate conduce la făurirea de idealuri inaccesibile (peste posibilitățile reale ale fiecărui adolescent) și chiar identificarea cu false idealuri (încărcate cu valori scăzute, non-valori, sau însușiri neco-respunzătoare cerințelor societății date în care trăiește adolescentul).

Grupul, prin cerințele pe care le formulează, îl ajută pe adolescent să își conștientizeze calitățile și, mai mult decât atât, să le demonstreze în activitățile comune. Astfel, el începe să se definească în termenii trăsăturilor pe care le manifestă în relațiile cu persoanele din jur și să încorporeze statutul de membru al grupului social în autodescrierile sale.

Potrivit lui Rassart și colegilor (Rassart et al., 2012), relația bună și susținută cu colegii este legată în mod pozitiv de dezvoltarea identității adolescenților, deoarece poate ajuta la prevenirea stagnării în procesul de explorare a identității.

2.3.3. Criza de identitate

Erikson a fost primul cercetător care a făcut un model din conceptul de identitate într-o perspectivă de dezvoltare psihologică. El distinge „identitatea ego", „identitatea personală" și „identitatea socială". Cu Erikson, se naște un întreg flux de cercetare în domeniu. Ideile prezentate se bazează aici în principal pe observații clinice realizate de Erik Erikson atât pe adolescenții normali, cât și în cazul celor cu diverse tipuri de tulburări. El a observat că presiunile puternice din partea părinților și a altor adulți pot conduce la sentimente de dezorientare și disperare, rezultatul fiind înstrăinarea fizică și mentală de mediile normale.

În cazuri extreme de confuzie de rol, identitatea adolescentului poate dobândi trăsături negative: convins că nu poate trăi cu cerințele impuse de părinți, adolescentul se răzvrătește și se comportă de multe ori într-o manieră inacceptabilă față de persoanele care îl ocrotesc. Chiar și adolescentul cel mai bine adaptat la schimbările perioadei trăiește sentimente de *difuzie a identității*: majoritatea băieților și foarte multe fete trăiesc experiențe de delicvență minoră, rebeliune, sau puternice îndoieli care copleșesc tânărul. Perioada durează mai mulți ani (de la 10–12 ani și până la 18–20 de ani) și o criză de identitate se poate dezvolta în orice moment al acestei perioade. Totuși, pe baza observațiilor sale clinice, Erikson (1968) arată că este mult mai probabil ca o criză de identitate să apară în adolescența târzie (și mai puțin în perioada de debut a adolescenței).

Și totuși, în opinia lui Erikson adolescența nu este o suferință, ci o *criză normativă,* adică o fază normală de creștere și rezolvare a conflictului. Ceea ce la prima vedere poate să pară instalarea unei nevroze, de fapt, este adesea doar o criză agravată care se va dizolva la un moment dat, contribuind astfel la procesul de formare a identității.

Altfel spus, este aproape esențial pentru adolescent să treacă printr-o criză de identitate pentru a se redefini pe sine și a ajunge la formarea unei identități adulte stabile. Identitatea de sine include mai multe componente printre care: identitatea fizică, psihosexuală, vocațională, moral-spirituală, toate acestea exprimându-se prin caracteristici psihologice și comportamente care afirmă și întăresc sinele, personalitatea individului (Mitrofan & Ciupercă, 2002).

Autorii citați arată că identitatea de sine în perioada adolescenței se poate contura în trei maniere: pozitivă, negativă și incertă, respectiv *criza de identitate*, criteriul fiind autopercepția, felul în care se percep tinerii în raport cu societatea, mediul familial și grupul de prieteni.

Aceste analize subliniază faptul că provocarea majoră a adolescenței (și a vârstei adulte), (Arnett, 2000) este construirea identității. Este ancorată în sentimentele de identitate dezvoltate anterior prin interacțiuni cu oameni semnificativi într-o varietate de contexte. Această construcție de identitate constituie o sinteză și o depășire prin care individul își înscrie prezentul și trecutul său în perspectiva anumitor anticipări ale viitorului său personal în grupuri și contexte semnificative pentru el.

Cu toate acestea, această construcție de identitate este înțeleasă ca fiind mult mai puțin „monolitică" decât în concepțiile din anii 1950 și 1960. În primul rând, ea este văzută ca fiind susceptibilă de variații importante ale unei zone de viață unei altul: un astfel de adult în curs de dezvoltare poate demonstra o identitate structurată în domeniul relațiilor romantice (adică să fie capabil de acele sentimente de intimitate și afiliere descrise de Erikson) în timp ce în așteptările profesionale identitatea sa poate fi mult mai difuză. Mai mult decât atât, pentru unii tineri, o anumită zonă a vieții poate fi investită cu un înțeles major: ei o percep ca fiind locul în care ei pot fi într-adevăr aceia în care sunt. În al doilea rând, noțiunea de „identitate completă" pare a fi serios pusă la îndoială: o persoană care, într-un anumit domeniu (de exemplu religios), apare, la un moment dat, să fi stabilit o anumită identitate personală poate fi cu câțiva ani mai în vârstă. cu întârziere într-o stare de difuzare sau de identitate moratoriu.

2.4. Geneza psihologică a încrederii

Procesul de dezvoltare a sentimentului identității implică experimentarea unor moduri diferite de a (se) arăta, de se face auzit, de a se comporta. Fiecare adolescent va explora toate aceste aspecte într-un mod unic, particular. În același timp adolescenții dezvoltă deprinderi relaționale care le permit să interacționeze cu alții, să își facă prieteni. Aceste deprinderi absolut necesare, care sunt componente importante ale dezvoltării competenței emoționale și includ: recunoașterea și gestionarea emoțiilor, dezvoltarea empatiei, rezol-

varea conflictelor în mod constructiv, dezvoltarea spiritului de cooperare (Goleman, 1994).

Astfel, sentimentul identității se construiește în jurul a două dimensiuni majore:

- *Imaginea de sine:* setul de credințe despre propria persoană, inclusiv roluri, scopuri, interese, valori, credințe religioase sau politice.
- *Stima de sine*: ceea ce crede și simte persoana cu privire la propria sa imagine.

Autopercepția și autoanaliza încep cu realitatea fizică, cu înfățișarea exterioară conducând la formarea unei imagini mai mult sau mai puțin subiectivă, mai mult sau mai puțin completă despre eu-l corporal – fizic. Autopercepția se asociază cu anumite judecăți de valoare conducând la judecăți de tip pozitiv sau negativ. În al doilea rând se percepe ca realitate psihosocială sub aspectul posibilităților, capacităților, aptitudinilor și trăsăturilor caracteriale formându-și o imagine mai mult sau mai puțin fidelă despre eu-l său psihic, spiritual, despre status-ul social asociată de asemenea cu judecăți de valoare (Golu, 1993).

2.4.1. Imaginea de sine

Imaginea de sine este rezultatul dezvoltării ontogenetice structurând de asemenea cele două componente de bază ale acesteia și anume: imaginea eu-lui fizic și imaginea eu-lui spiritual, psihic și psihosocial. Astfel, Golu (1993) subliniază asupra faptului că imaginea de sine este un factor principal mediator între stările interne de necesitate și situațiile și solicitările externe.

Imaginea de sine comportă mai multe dimensiuni: percepția și aprecierea subiectului al un anumit moment, felul în care subiectul ar dori să fie sau să pară că este și felul în care subiectul consideră că este apreciat de ceilalți. Prima dimensiune este cea care structurează comportamentul situațional curent, celorlalte două revenindu-le un rol reglator de automodelare și autoperfecționare. Unitatea celor trei fațete ale imaginii de sine realizează funcția de obținere și menținere a identității (Golu, 1993).

2.4.2. Stima de sine

Cercetări axate pe respectul de sine (self-esteem) relevă corelații între succesul profesional și respectul de sine, sociabilitate, gradul de conformism,

creativitate. Alte studii arată legături între prezența și absența tatălui în mediul familial și gradul respectului de sine pe care îl afirmă adolescenții băieți (Rosenberg, 1965).

Coopersmith (1967) găsește puternice corelații între modele de creștere al copiilor în familie, caracteristicile parentale și nivelul stimei de sine. De exemplu părinți cu respect de sine înalt tind să formeze la copiii lor aceleași cote înalte ale respectului de sine. De asemenea mamele cu băieți ce dovedesc înaltă stimă de sine au relații mai apropiate, mai încărcate de afectivitate cu fii lor. Băieții care au o stimă de sine mai înaltă tind să fie mai puțin în dezacord cu familiile lor iar raporturile cu familia sunt mai strânse.

Lucrările lui Erikson (1968) sunt cele mai explicite privind importanța identității în procesul dezvoltării. Dezvoltarea *identității*, apreciază Erikson, aduce cu sine victoria asupra problemelor copilăriei și o pregătire autentică în a face față provocărilor lumii adulte. Dacă sentimentul de încredere era cândva necesar copilului să se extindă către următoarea etapă a copilăriei, acum, la fel de importantă este achiziția unui sentiment clar al identității pentru a compune deciziile perioadei adulte cum ar fi alegerea profesiunii sau alegerea partenerului de viață.

Problematica stimei de sine (*self-esteem*) în cadrul studiilor asupra dezvoltării sunt importante pentru un număr foarte mare de cercetători chiar dacă această tematică nu este explicită în lucrările lor sau nu folosesc același limbaj.

Conform lui Rosenberg (1985), înalta stimă de sine este un indicator al acceptării, toleranței și satisfacției personale, excluzând sentimentele de superioritate și perfecțiune. În plus, înalta stimă de sine presupune respectul pentru sine. Rosenberg diferențiază două nivele de respect, necondiționate și condiționate.

Cele necondiționate implică faptul că individul se respectă pe sine ca fiind ființă umană, indiferent de calitatea sau realizările sale, în timp ce respectul condiționat presupune congruența între standarde personale de competență, moralitate, excelență și sentimentele de realizare în lumina acestor standarde. Potrivit lui Rosenberg, absența unei respect condiționat diferențiază persoana cu înalta stima de sine de cea cu stima de sine scazută.

Așa cum copilul se maturizează psihic devenind adult, el experimentează creșteri corporale rapide cu importanță pentru schimbările anatomice și

psihologice. Încrederea sa anterioară în corpul său și victoria asupra funcțiilor sale este deodată zguduită și trebuie recâștigată treptat printr-o reevaluare a sinelui. El caută confirmări din partea colegilor care sunt de asemenea într-o perioadă de schimbări și mai ales caută aprobare. Ritualurile de pubertate și confirmare religioasă servesc adesea ca și schimb cultural între noul statut al individului înăuntrul dezvoltării sale continue.

Cercetările sugerează că stimă de sine este ridicată în copilărie, o perioadă caracterizată de opinii pozitive nerealiste asupra sinelui și feedback-ului social predominant pozitiv (Robins & Trzesniewski, 2005, apud Helwig & Ruprecht, 2017).

Stima de sine scade apoi în timpul tranziției de la școala elementară spre primii ani de liceu (Robins & Trzesniewski, 2005; Robins et al., 2002), deoarece sentimentele de auto-valorizare ale copiilor apar ca urmare a cresterii feedback-urilor din ce în ce mai realiste (și uneori negative) din partea colegilor și a figurilor de autoritate (Fenzel, 2000, apud Helwig & Ruprecht, 2017).

De aici rezultă autoevaluări mai autentice și, împreună cu evenimente normative, cum ar fi pubertatea, conduc la un minim al imaginii de sine în apropierea perioadei adolescenței mijlocii (vârste între 14 și 15 ani) (Helwig & Ruprecht, 2017).

Imaginea de sine urmărește apoi o tendință neliniară pe tot parcursul maturității, crescând de la sfârșitul adolescenței, atingând un maximum in perioada cuprinsă între 50 și 60 de ani, apoi scăzând la vârste înaintate (McMullin & Cairney, 2004; Robins & Trzesniewski, 2005; Orth et al., 2015; Orth et al., 2010, 2012, Orth & Robins, 2014, apud Helwig & Ruprecht, 2017).

Această tendință se potrivește bine cu perspectivele teoretice ale dezvoltării stimei de sine. Adică, maturitatea se caracterizează prin creșterea stabilității prin relații de viață mai complexe și mai semnificative, printr-o mai mare satisfacție a rolurilor și progrese în carieră (Orth et al., 2010, cf. Helwig & Ruprecht, 2017).

2.4.3. Dimensiunea diferențelor de gen

În societatea actuală, băieții și fetele trebuie să facă unor cerințe diferite și au nevoi emoționale diferite. În general, fetele au o stimă de sine mai scăzută decât băieții (Bolognini et al., 1996).

Fetele pot deveni preocupate de sarcina de a construi pe sine pentru a se asigura de legătura cu ceilalți. Acest proces ar putea fi exacerbat prin utilizarea unor strategii de coping non-instrumentale, cum ar fi ruminația (Nolen-Hoeksema, 1987, 1990) și în cele din urmă acest lucru ar putea submina simțul fetelor de încredere în sine și de valoare de sine.

De multe ori, ele trebuie să învețe să exprime sentimente „masculine" precum furia, să fie mai asertive. Poate că distresul mai mare al femeilor ar putea fi explicat ca fiind moderat de convingerile mai negative privind abandonul și respingerea de către ceilalți în cazul în care nu reușesc să se conformeze standardelor lor (Moretti et al, 1998).

La rândul lor, băieții trebuie să învețe să fie mai cooperanți, să accepte faptul că și un bărbat poate și trebuie să știe să exprime o gamă largă de emoții (Pollack & Shuster, 2000).

2.4.4. Dimensiunea diferențelor culturale

Pentru multe persoane, adolescența reprezintă primul moment în care se recunoaște în mod conștient identitatea etnică și națională, apartenența la un anumit grup cultural. Identitatea etnică include valorile împărtășite, tradițiile și practicile grupului cultural din care face parte o anumită persoană. A avea sentimente pozitive/ a fi mândru că aparține unei comunități etnice și culturale reprezintă un aspect deosebit de important pentru stima de sine a oricărui adolescent. Mai ales pentru adolescenții care fac parte din grupuri minoritare, asimilarea identității etnice și a celei culturale poate reprezenta o problemă dificilă, având în vedere faptul că trebuie să se confrunte cu diverse stereotipuri negative privitoare la cultura grupului sau etnia din care fac parte.

Tajfel (1969) apreciază că stereotipurile sunt erori cognitive în procesarea informațiilor, ca urmare a accentuării procesului de clasificare. De exemplu: „Toți bărbații blonzi cu ochi albaștri sunt inteligenți".

Partea a III a.
Dezvoltarea socială și sferele socializării

3.1. Dezvoltarea socială în adolescență

Teoria identității sociale a lui Tajfel și Turner (1986) explică faptul că o parte din conceptul de sine al unui individ provine chiar de la grupul de apartenență al acestuia. Indivizii nu au doar un Sine personal, ci mai multe identități asociate grupurilor din care fac parte. O persoană ar putea acționa diferit în diverse contexte sociale în funcție de grupurile de care aparține, care ar putea include: o echipă sportivă pe care o urmează, familia, țara de proveniență, vecinătatea în care trăiesc, printre multe alte posibilități. Atunci când o persoană se percepe ca parte a unui grup, se identifică cu grupul. Alte grupuri comparabile cu care persoana nu se identifică sunt numite „ceilalți". Mentalitatea este una de tipul „noi" versus „ei" atunci când vine vorba de propriile noastre grupuri, respectiv de grupurile lor.

Există trei procese care creează această mentalitate „în grup/ în afara grupului" (Turner & Tajfel, 1986):

- **Clasificarea socială.** În primul rând, oamenii realizează clasificări pentru a-i înțelege pe ceilalți și a-i identifica de exemplu profesor și student sau student și elev. Tajfel consideră că prin cunoașterea categoriilor de care aparținem, putem înțelege lucruri despre noi înșine și putem defini un comportament adecvat în funcție de grupurile de care aparținem atât noi, cât și ceilalți. O persoană poate aparține mai multor grupuri în același timp (Turner & Tajfel, 1986).
- **Identificarea socială**. Adoptăm identitatea grupului din care facem parte și acționăm în moduri pe care le percepem ca făcând parte din comportamentul grupului și de se dezvoltă un comportament în conformitate cu normele acestui grup. Ca o consecință a identificării cu un grup, vom dezvolta o semnificație emoțională pentru acea identificare, iar stima de sine va depinde de ea (Turner & Tajfel, 1986).

- **Comparație socială.** După ce ne clasificăm în cadrul unui grup și ne identificăm ca fiind membri ai acelui grup, avem tendința de a ne compara grupul (gruparea/clubul) cu un alt grup (un outgroup). Pentru a menține stima de sine, individul și membrii grupului său vor compara grupul în mod favorabil față de altele. Acest lucru ajută la explicarea prejudecăților și a discriminării, deoarece un grup va avea tendința de a-i vedea într-un mod negativ pe membrii grupurilor concurente, pentru a-și crește nivelul de stimă de sine (Turner & Tajfel, 1986).

Compararea intergrupală – Continuumul Interpersonal–Intergrupal

Există câteva lucruri care tind să apară în procesul de comparare a propriului grup cu un altul, după cum s-a menționat mai sus. Conform lui Turner și Tajfel (1986), membrii unui grup vor tinde să:

1. favorizeze propriul grup în detrimentul celorlalte grupuri
2. maximizeze diferențele dintre grupul de apartenență și grupul extern (este necesară afirmația că grupurile sunt distincte dacă o persoană își favorizează propriul grup în fața altui grup)
3. minimalizeze percepția diferențelor dintre membrii grupului (aceasta crește coeziunea grupului)
4. amintească mai multe informații pozitive despre grupul din care fac parte și mai multe informații negative despre grupul extern

Un alt aspect principal al teoriei identității sociale este ideea conform căreia comportamentul social se înscrie într-un continuum care variază de la comportamentul interpersonal până la comportamentul intergrupal.

Cele mai multe situații sociale vor necesita un compromis între cele două capete ale spectrului. Ca exemplu, Henri Tajfel sugerează că soldații care luptă împotriva unei alte armate reprezintă comportamentul situat la capătul extrem intergrupal, din cadrul spectrului interpersonal–intergrup.

Adolescența și anxietatea socială cu funcție adaptativă

Allison Davis (1902–1983) sociolog și antropolog, definește „socializarea" ca proces prin care un individ învață și adaptează căile, ideile, credințele, valorile și normele culturii sale și le face parte din personalitatea sa. Cconsideră dezvoltarea drept un proces continuu de învățare a comportamentelor acceptabile din punct de vedere social, prin recompensă și pedeapsă. Comportamentul acceptabil și inacceptabil este definit de fiecare

societate în parte sau de agenții sociali, de subgrupuri, de clase sociale sau de caste. Comportamentul cultural este dobândit prin învățarea socială. Înțelegerea efectelor învățării sociale asupra adolescenților este problema esențială în teoria lui Davis (Muuss, 1975, p. 139). Davis spune că:

> *în societatea noastră, toate aceste sisteme de grupare a oamenilor sunt integrate și clasificate într-o singură ierarhie, aceea a claselor sociale. În fiecare dintre aceste niveluri de participare la clasă, un copil învață diferite forme de comportament în ceea ce privește relațiile de familie, sexul, agresiunea și munca; el dobândește diferite obiective sociale, „nevoi" diferite și coduri diferite de bine și rău și experimentează diferite recompense psihologice și tipuri de anxietate.* (Davis,1943)

Anxietatea socială servește ca agent motivațional și consolidator în procesul socializării: provoacă „anticiparea disconfortului" și devine un mecanism de control al comportamentului. Ipoteza lui Davis este că socializarea efectivă a comportamentului adolescentului depinde de nivelul de anxietate socializată (de adaptare) care a fost inoculată într-un individ. Dacă anxietatea socializată a unei persoane devine suficient de puternică, ea va servi ca un impuls spre un comportament matur, responsabil și normal. Se presupune că dacă anxietatea socială este prea slabă sau prea puternică, realizarea unui comportament matur este mai puțin probabilă (Muuss, 1975, p. 140).

Scopurile socializării diferă de la o cultură la alta și de la o clasă socială la alta existente în cadrul unei culturi. Anxietatea socială devine atașată diferitelor forme de comportament, în funcție de așteptările, valorile și definiția a ceea ce este normal într-o anumită clasă socială. De exemplu, se dă cazul în care copilul de clasă mijlocie dobândește valori morale, nevoi și obiective sociale diferite de cele ale copilului care face parte dintr-o clasă inferioară sau superioară. Mai mult, deoarece clasa de mijloc este mai preocupată de normalitate, succes, moralitate și statut, cantitatea de anxietate instilată social este mai mare decât în celelalte clase (Muuss, 1975).

Este caracteristic pentru tinerii din clasa mijlocie faptul că anxietatea sa socială crește odată cu apariția adolescenței, deoarece se confruntă cu noi sarcini de dezvoltare și comportament, cum ar fi pregătirea pentru muncă și ajustarea heterosexuală. Mai mult, pe măsură ce devine din ce în ce mai conștient de propriile nevoi sociale – având prestigiu, prieteni,

fiind acceptat de grupul de colegi, relaționare cu persoanele de sex opus – devine mult mai sensibil la indiciile și presiunile sociale. Din moment ce depinde foarte mult de acceptarea, prestigiul și statutul social, anxietatea sa socială crește. Acest lucru generează o luptă sporită pentru obiectivele dezirabile din punct de vedere social. „Adolescenții cu o anxietate socială puternic dezvoltată se străduiesc, de obicei, să atingă mult mai repede obiectivele sociale aprobate și să învețe cu succes" (Davis, 1944, p. 208, apud Muuss, 1975, p. 140).

Abordarea lui Otto Rank cu privire la nevoia de independență a adolescenților

Otto Rank (1884–1939), un continuator al școlii psihanalitice, a fost sub influența realismului freudian (Rank, 1945), după care și-a dezvoltat propria teorie.

Rank a văzut natura umană nu atât de reprimată și nevrotică, ci mai degrabă creativă și productivă. El a criticat accentul pus de Freud pe inconștient ca pe un depozit pentru experiențele și impulsurile trecute. Rank a subliniat că trecutul este important numai în măsura în care acționează în prezent pentru a influența comportamentul. De asemenea, el pune mai puțin accentul pe forțele instinctuale și pe comportamentul instinctual. El credea că Freud a neglijat efectiv rolul eului și i-a dat valoare doar ca o forță represivă. Rank a vrut să restabilească echilibrul puterii în domeniul psihic (Muuss, 1975).

Rank a susținut că trebuie să existe o examinare a locului pe care dezvoltarea adolescentului îl are în teoria psihanalitică bazată pe conștiință și „voință". Sexualitatea nu mai este cel mai puternic factor determinant în procesul de dezvoltare. Și-a găsit omologul în „voință", care poate într-o oarecare măsură să controleze sexualitatea. În timpul trecerii de la copilărie la adolescență apare un aspect crucial al dezvoltării personale – schimbarea de la dependență la independență (Muuss, 1975).

Treptat, „voința" devine mai puternică, mai independentă și se extinde până la punctul în care se întoarce împotriva oricărei autorități neinvestite de adolescent.

La începutul adolescenței, individul suferă o schimbare de bază în atitudine; el începe să se opună dependenței, incluzând atât regulile factorilor externi de mediu (părinții, profesorii, legea și așa mai departe), cât și

regulile voinței interne, nou-trezitele pulsiuni. Stabilirea independenței volitive, pe care societatea o valorizează și o impune, devine o sarcină importantă dar dificilă de dezvoltare pentru adolescent. Această nevoie nou-dezvoltată de independență și lupta pentru obținerea ei stau la baza multor relații personale adolescente și a complicațiilor lor. Rank nu vede necesitatea restricțiilor și inhibițiilor sexuale externe, deoarece lupta este una în care voința individului se străduiește să obțină independență împotriva dominației prin nevoi biologice. (Muuss, 1975).

Otto Rank (1945) privește independența adolescenței ca o întărire a eului prin eliberarea voinței de la forțele externe; acest lucru ar însemna că dezvoltarea autonomiei eului necesită o evadare din constrângerea venită de la egali și de presiunile de conformitate și identitatea bazată pe afilierea la grupuri (Cohen, 1980).

În timp ce Havighurst (1953) teoreticianul sarcinilor adolescenței, Davis (1940) al anxietății sociale constructive și Rank (1945) consideră creșterea nevoii de autonomie la adolescență ca fiind universală, la vemea respectivă încă această convingere nu era atît de răspândită printre cercetători.

Dezvoltarea socială a adolescentului are loc în contextul tuturor relațiilor interpersoanle în care se angajează, în particular cele cu familia și grupul de egali. Observații sistematice asupra comportamentului adolescentului în grup au condus la opinia, împărtășită de mulți psihologi, că în această etapă de dezvoltare viața socială are o intensitate mai mare decât în orice altă perioadă a vieții.

3.1.1. Relațiile interpersonale

Una dintre schimbările majore care apare în viața socială a adolescenților se referă la importanța pe care o câștigă în această perioadă persoanele de aceași vârstă (grupul de egali), care permite adolescentului să își câștige treptat independența față de familia de origine.

Adolescența târzie se spune că este un moment de emancipare de autoritatea părintească (Davis, 1940) și creșterea emoțională respectiv, independența față de părinți (Havighurst, 1953). Coleman (1961) și Sherif & Sherif (1969) afirmă că adolescenții își înlocuiesc dependența de adulți cu dependența de colegii lor ca primă sursă de admirație, recunoaștere și respect.

Prin identificarea cu persoanele de aceași vârstă, adolescentul interiorizează noi tipuri de valori și dezvoltă judecăți morale, începe să exploreze lumea pentru a afla în ce fel ea sau el sunt diferiți față de părinții lor (APA, 2002).

3.1.2. Grupul de prieteni

Interacțiunea cu adolescenții de aceași vârstă contribuie în mod semnificativ la formarea imaginii de sine. Relațiile cu covârstnicii sunt cele care facilitează adolescentului stabilirea și perfecționarea relațiilor interpersonale, deprinderile de comunicare și trăirea sentimentului de prietenie.

Tabelul 2. ***Aspecte ale dezvoltării sociale în adolescență***

Grup social	Adolescența timpurie (10–13 ani)	Adolescența mijlocie (14–16 ani)	Adolescența târzie (16–18 ani)
Grupul de covârstnici	Centrul lumii sociale se deplasează treptat de la familie la grupul de prieteni. Grupul de prieteni este constituit din persoane de același sex. Dorință puternică de acceptare și conformare la cerințele de grup.	Grupul de egali face loc treptat relațiilor de prietenie unu-la unu și a relațiilor romantice. Grupul de prieteni devine treptat mixt (fete și băieți). Încep să se dezvolte prietenii și întâlniri între fete și băieți. Conformism mai scăzut și o mai mare toleranță față de diferențele individuale.	Încep să se dezvolte relații intime serioase.
Familia	Tendința de acutizare a conflictelor între adolescent și părinți. Relațiile familiale strânse, apropiate, reprezintă cel mai important factor protectiv împotriva unor comportamente cu nivel derisc înalt.		Influența familiei este contrabalansată de influența covârstnicilor

(preluat si adaptat după APA, 2002)

Toate acestea, oferă cadrul necesar pentru exprimentarea intimității, dar și a diferitelor roluri sociale, oferind adolescentului posibilitatea de a se „oglindi" în ceilalți pentru a-și forma propria identitate.

Pe de altă parte, multiplicarea relațiilor sociale ale adolescentului determină extinderea simțului eului, amplificând uneori confuzia și, în consecință, facând necesar un proces de (auto)verificare și (auto)testare.

3.1.3. Mediul școlar

Școala cu profesorii, disciplinele de învățământ, colegii de clasă, sistemul de reguli și valori specifice etc., reprezintă un alt agent important al integrării adolescentului în complexul angrenaj social. Pe de o parte, școala înlesnește procesul formării și funcționării grupurilor de covârstnici; pe de altă parte, ea stimulează (sau ar trebui să stimuleze) confruntarea cu status-urile profesionale adulte.

La nivelul Uniunii Europene, potrivit datelor prezentate în Strategia Europa 2020 (Comisia Europeană, 2010) „un sfert din toți elevii au competențe slabe de citire, **unul din șapte tineri abandonează studiile și formarea prea devreme**. Aproximativ 50% ating un nivel mediu de calificare, însă acesta nu este suficient pentru a răspunde nevoilor pieței. Mai puțin de o persoană din trei din populația cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani are o diplomă universitară. Astfel că, la nivelul Uniunii Europene, se investește în educație, formare și învățare de-a lungul vieții, ca urmare a rezultatelor slabe înregistrate în cadrul sistemelor de învățământ.

În România, Conform RPL (INS, 2011), 1,6% dintre tinerii din România reprezintă ponderea persoanelor fără școală și analfabete din totalul populației din România, iar circa 1,3% sunt tineri analfabeți. Este important de urmărit factorul educațional, pentru că acesta influențează accesul pe piața muncii și implicit *incluziunea/excluziunea socială* a acestui grup vulnerabil.

Conform definiției UNESCO Institute of Statistics (2019), persoana alfabetizată este cea care se poate angaja în activități în care este necesară alfabetizarea pentru adaptarea la grup și comunitate și de asemnea, care poate folosi scrisul, cititul și calculele, atît pentru ea însăși, cât și pentru dezvoltarea comunității.

Prin contrast cu persoanele alfabetizate, diferența dintre analfabeții funcționali și analfabeții propriu-ziși este că analfabeții nu pot citi, scrie și înțelege fraze scurte, în timp ce analfabeții funcționali nu-și pot utiliza aptitudinile de a scrie și citi în viața de zi cu zi (UNESCO, 1978), cum ar fi: să poată citi și înțelege ceea ce scrie pe instrucțiunile de utilizare a unui produs sau clauzele unui contract, să poată aplica la un job, să poată face calcule și să decidă în urma lor ce produs bancar e mai eficient, să poată face o cerere, o petiție, completarea unui formular, etc..

În 2015 au fost publicate rezultatele PISA, rezultate care au măsurat nivelului de alfabetizare, conceptualizarea fiind facută pe trei direcții de performanță: Științe, Matematică și Citire/Lectură, vizând totodată și competențele trans-curriculare care sunt considerate ca adevărate atuuri în integrarea socială a tinerilor. Cu ale cuvinte, persoana trebuie să aibă capacitatea de a avea un discurs care să se bazeze pe informații științifice și tehnologice, deci și capacitatea de a sintetiza informațiile și de a apela la ele pentru a avea un discurs consistent și coerent. În cazul în care persoana nu poate prelucra corect informația, pentru a putea rezolva problema cu care se confruntă, ne confruntăm cu situația în care ea nu are abilitățile de bază cu care să se poată adapta la societatea contempotană, ceea ce intră in conceptul de *analfabetism funcțional* (Ștefan, 2016)

O altă dimensiune care se adaugă conceptului de analfabetism funcțional este și categoria competențelor digitale, de vreme ce ele au devenit obligatorii pentru desfășurarea diferitelor activități în mediul online, atât în viața de zi cu zi, cât și la școală și la locul de muncă. Deși au existat inițiative la nivelul Ministerului Educației și Cercetării pentru creșterea competențelor digitale ale noii generații (competențe ce permit deprinderea unor noțiuni simple de programare și algoritmică pentru a-i ajuta pe copii să caute, să găsească și să interpreteze datele) acestea par să fie promovate în continuare mai mult prin inițiativele sectorului privat, decât prin politici publice (Raportul Agendei Digitale, 2017)

Este necesară lărgirea perspectivei asupra analfabetismului deoarece are consecințe complexe în sfera vieții sociale și personale a individului. Articolul „*Analfabetismul funcțional"* din „TRIBUNA învățământului" precizează introducerea în conceptul de alfabetizare a elementelor care să-i dezvolte acestuia capacitatea de implicare civică, de a utiliza practici

în acord cu sistemul democratic, de a avea comportamente și atitudini care să îmbunătățească mediul social și relațional (Ștefan, 2016):

> *Așteptarea comună este ca școala să gestioneze formarea pentru viața publică, sub aspectul socio-profesional și civic, iar familia, în principal, să confere premise suficiente pentru dezvoltarea copiilor în plan privat-personal. Un exemplu în care se manifestă analfabetismul funcțional cu trimitere la sfera privată este cel oferit de comportamentul copiilor care la împlinirea vârstei de optsprezece ani, când trebuiau să părăsească sistemul public de protecție, aveau dificultăți în a da un telefon, de a pregăti ceva de mâncare, de a se gospodări singuri* (Ștefan, 2016).

3.1.4. Mediul familial

Relațiile dintre adolescent și părinții săi se modifică pe măsură ce el se dezvoltă, centrul lumii sociale a acestuia mutându-se de la familie la grupul de prieteni și covârstnici, dar aceasta nu afectează importanța familiei sale. Relațiile familiale strânse, legăturile afective și apropierea emoțională de membrii familiei, reprezintă un *factor de protecție* extrem de important în fața comportamentelor cu potențial înalt de risc specifice adolescenței (de exemplu, fumatul, consumul de alcool și droguri, inițierea prematură a vieții sexuale, etc.). Chiar dacă creșterea autonomiei și dorința de independență a adolescentului conduc uneori la conflicte puternice între adolescent și părinții săi, conflictele și certurile minore dintre dintre părinți și copii reprezintă o consecință normală a ajustării la schimbare (dacă acestea nu trec de pragul critic) și la întregul proces de reașezare pe noi baze a relațiilor familiale care debutează în această perioadă (Sandu et al, 2014).

Perkins (1997) recomandă părinților și educatorilor adolescenților ca sprijinul **să înceapă prin propia lor transfomare, de la a fi o figură de autoritate la a fi facilitator**.

Facilitatorii au atribuții legate de suportul acordat adolescenților în răspunsurile pe care aceștia trebuie să le dea celor patru întrebări-cheie ale adolescenței:

- Cine sunt eu? (adoptarea noilor roluri sociale și sexuale);
- Sunt o persoană normală? (încadrarea într-un anume grup);
- Sunt o persoană competentă? (capacitatea de a face ceva care are valoare pentru părinți și prieteni);
- Pot fi iubit/ă? (pot fi iubit de cineva în afară de parinți).

Perkins recomandă părinților:

- Asistarea adolescenților în soluționarea provocărilor și problemelor lor, dar cere părinților să se abțină în a interveni pentru a le rezolva în locul lor.
- Recomandă întrebările în locul afirmaților. Părinții ar putea pune întrebări cum ar fi cele ce conțin posibilitați și probabilități.

De exemplu, deseori în practica de psihoterapie am văzut că părinții contină sa indice soluții de multe ori foarte rezonabile pe care adolescenții tind să le refuze fară să le asculte și asta nu pentru că nu le înțeleg sau sunt „rebeli" ci pentru că refuză în fapt „indicațiile" și modalitatea de interacțiune bazată pe subordonarea de tipul: „fă cum îți spun eu". Ca urmare atunci când adolescenta spune de exemplu: „Sunt foarte afectată de cearta cu prietena mea cea mai bună" sau adolescentul:"Nu vreau să mai vorbesc cu nimeni din grupul acesta, m-au supărat!" aunci părinții tind să dea soluții:"Totuși, sunteti prietene din copilărie...iartă-o!" sau „Nu poți sta de unul singur, spune-le ce ai de spus și vei ce se schimbă..." Chiar dacă sunt pertinente soluțiile vor fi respinse și criza tinde să se accentueze. Acesta este momentul când adolescentul spune: „Nu întelegi, nu mă înțelegi niciodată!" Adultul este deseori surprins de acest fel de exagerare și de conținutul răspunsului ostil transmis de adolescent. Discuțiile degenrează de multe ori în certuri minore dar cu efecte în consolidarea unei conduite de retragere în sine a adolescetului. Adolescentul are în primul rând nevoia de a fi ascultat/auzit dacă a reușit să formuleze o mărturisire/dezvăluire emoțională. Primul pas în ghidarea adolescentului este ca părintele să arate ca a auzit, că este prezent pentru el din punct de vedere emoțional, să funcționeze conținător. Dacă părintele nu aude mesajul emoțional dar oferă soluții, adolescentul se va simți neascultat/neauzit în expresia emoțiilor sale. Abia după ce a auzit mesajul emoțional și adolescentul este pregătit să treacă la soluții, părintele poate pune întrebări care să sprijine adolescentul să găsească singur răspunsul problemelor sale. „Ce crezi că simte prietena ta acum că...?", „Ce te-ai gândit să faci?", „Cum ai putea să...", „Ce variante ar fi dacă..."

Să găsească singur răspunsul este mult mai important pentru el decât să se supună logicii parentale și este un factor de consolidare a încrederii în sine.

Perkins recomandă mai departe părinților:

- Ghidarea, dar nu atitudinea directivă.

- Prezentara numai a unor alegeri reale. De exemplu, să ofere idei despre ceea ce au alții încercat sau alții au făcut în situații similare.
- Exprimarea cu căldură și respectul reciproc;
- Interesul serios și de durată al părinților pentru problemele dezvăluite de adolescent și pentru alte obstacole sau dificultăți;
- Atenția părinților și a adulților asupra schimbărilor lor cognitive, emoționale, sociale și fizice;
- Standarde clare privind disciplina și supraveghere îndeaproape;
- Comunicarea așteptărilor privitor la realizările lor și a normelor legate de comportamentul etic;
- Modalități democratice și utile de a trata conflictele.

Adolescenții caută independența, fac primii pași către ea, uneori acești pași sunt plini de îndoieli și greșeli necesare, doresc autonomia și o exersează, dar să nu uităm, ei nu sunt independenți încă.

Pe de altă parte tinerii au deja câteva exepriențe de autonomie și independență, ei sunt mult mai aproape de ea și pentru unii dintre ei poate fi deja câștigată. Independența este legată printre altele și de autonommia financiară, autonomia de locuire, statutul socio-economic, gradul de educație.

Datele privind situația în România arată că majoritatea tinerilor locuiesc cu părinții lor sau cu cei ai partenerului de viață. În mediul rural se locuiește mai des în case proprietate personală (sau a familiei), cu un număr mai ridicat de camere decât în mediul urban. Locuirea a mai multe generații sub același acoperiș are plusuri și minusuri, iar locuirea tinerilor cu părinții face ca ei să preia statutul socio-economic al acestora din urmă (Sandu et.al., 2014).

Cele mai des întâlnite diferențe între tineri în ceea ce privește contextul socio-economic sunt cele asociate cu distincția dintre mediul rural și cel urban, urmate de cele inter-regionale. Având venituri mai ridicate, gospodăriile din urban cheltuiesc mai mulți bani decât în cele din mediul rural deci tinerii din aceste familii au o situație mai bună (dețin bunuri precum calculatoare personale, smartphone, autoturism și acces la internet, telefonie mobilă etc.) (Sandu et.al., 2014).

Aproape jumătate dintre tineri își consideră părinții ca făcând parte din clasa de mijloc, iar unul din trei îi vede în clasa muncitorilor. Situația materială este criteriul cel mai important de clasificare socială folosit de

tineri atunci când discută despre clase sociale; nivelul de școlarizare și nivelul veniturilor sunt următoarele două criterii folosite pentru auto-plasarea în structura de clasă socială; în cea mai mare parte, tinerii cred că aparțin aceleași clase sociale ca părinții (Sandu et.al., 2014).

Datele mai arată că tinerii sunt mai bine educați decât părinții lor, comparativ cu generația părinților, mult mai puțini tineri frecventând învățământul tehnic. Aproape jumătate dintre tineri au un alt nivel de școlarizare decât părinții lor și – în cea mai mare parte – un nivel superior acestora. În plus, aproape jumătate dintre respondenții care au un nivel de pregătire școlară superior celui al tatălui, își datorează mobilitatea ascendentă schimbărilor structurale din sistemul de învățământ (ori a expansiunii sale) (Sandu et.al., 2014).

3.1.5. Comunitatea

Caracteristicile comunității în care persoana crește și se dezvoltă au impact major asupra dezvoltării sale sociale. Comunitățile pot fi caracterizate prin trăsături precum: statusul socioeconomic al vecinătății (de exemplu, tipul de cartier în care trăiește adolescentul), existența unor rețele de suport pentru familiile cu status socioeconomic scăzut, tipul și statutul școliilor frecventate de adolescent, organizații religioase care activează în comunitate, mass-media, oamenii care trăiesc în acea comunitate și caracteristicile lor comportamentale (de exemplu, delincvența), etc.

Chiar dacă folosim termenul de „nativi digitali" pentru a descrie generația născută după aproximativ 1980, nu toți tinerii intră în această categorie. Nativii digitali împărtășesc o cultură globală comună definită mai puțin în funcție de vârstă, ci prin experiența lor crescândă în tehnologia digitală. Această experiență afectează interacțiunea lor cu tehnologiile informaționale și cu informațiile în sine, precum și cu modalitățile în care se conectează între ele, cu alte persoane și instituții (UNICEF, 2011).

Educația și comunitatea digitală – abilitatea de a naviga într-o lume mediată digital – separă în continuare tinerii care vor beneficia de tehnologiile digitale de cei care nu o vor putea face. Tinerii care nu au acces la Internet acasă sau în școli – și care nu au sprijinul profesorilor și părinților înzestrați cu abilități digitale – nu vor dezvolta seturile necesare de competențe sociale, tehnice și de învățare (UNICEF, 2011).

Conform studiului UNICEF, din 2011, pentru ca adolescenții să poată folosi la maxim noile tehnologii, trebuie avute în vedere trei direcții:

- Prima are legătură cu accesul de bază la aceste tehnologii și infrastructura conexă, cum ar fi electricitatea.

  „La data de 15 mai 2006, la nivelul întregii țări, mai existau circa 67.738 gospodării neelectrificate" Guvernul României, Hotărârea nr. 328/2007 pentru aprobarea Programului Electrificare 2007–2009 privind alimentarea cu energie electrică a localităților neelectrificate și înființarea Unității de management al programului

- A doua presupune abilitățile necesare pentru utilizarea tehnologiilor odată ce acestea devin accesibile.

  Digital Economy and Society Index (DESI)1, 2018, Country Report România *arată că privitor la capitalul uman, România se situează cu mult sub media UE în ceea ce privește utilizatorii de internet, dar există progrese, tot mai mulți oameni care își îmbunătățesc treptat abilitățle digitale. Doar 61% dintre români sunt utilizatori obișnuiți de internet comparativ cu media UE 81%. Privitor la abilitățile digitale de bază, România nu prezintă îmbunătățiri semnificative pe anul trecut, iar media UE este aproape de două ori mai mare (57%). Despre specialiștii în domeniul TIC, România arată puține progrese, cu doar 2% din persoanele angajate care lucrează în domeniu dar creșterea numărului de posturi vacante în domeniul IT poate genera o creștere a numărului de specialiști în domeniul TIC în viitor. Însă, acest lucru ar putea fi afectat de modificările recente ale impozitării salariilor, care ar putea modifica scutirile de taxe pentru profesioniștii din domeniul TIC. Numărul românilor cu* ***vârste cuprinse între 20 și 29 de ani având un atestat (STEM)*** *în știință, tehnologie, inginerie și matematică a fost redus de la 16.6 la 14,4, comparativ cu 19,1 în UE.*

- A treia provine din înțelegerea limitată a modului în care tinerii navighează în lumea online.

Fiecare dintre aceste direcții există în fiecare societate, însă efectele lor se resimt cel mai acut în lumea în curs de dezvoltare. Cea de a treia direcție este lipsa de cunoștințe despre modul în care tinerii utilizează mediile digitale în întreaga societate. În unele țări – cum ar fi Regatul Unit, Statele Unite și părți din Asia de Est – există atât date cantitative, cât și date calitative despre modul în care tinerii utilizează tehnologii noi și aceste date au început să dezvăluie modul în care mediile electronice schimbă practicile în rândul tinerilor (UNICEF, 2011)..

Dincolo de informațiile de bază privind accesul, aceste date sunt insuficiente în majoritatea părților lumii. Provocarea constă în faptul că practicile de tehnologie ale tineretului au devenit abia recent subiecte de cercetare, și doar în câteva părți ale lumii. Cu toate acestea, este clar că implicarea în tehnologiile digitale transformă învățarea, socializarea și comunicarea printre tinerii care au acces și le utilizează (UNICEF, 2011).

Raportul UNICEF, 2011 arată că pentru acești tineri, activități precum generarea de conținut, remixarea, colaborarea și partajarea sunt aspecte importante ale vieții de zi cu zi. Multe dintre aceste activități sunt „motivate de prietenie", care servesc la menținerea relațiilor cu persoane deja cunoscute în mediul offline. Altele sunt „motivate de interes", permițând tinerilor să dezvolte expertiză în seturi de competențe specializate, cum ar fi animație computerizată sau blogging.

În oricare dintre aceste situații, folosirea frecventă a noilor mijloace media contribuie în mod semnificativ la dezvoltarea abilităților tehnologice și sociale. Mijloacele electronice oferă, de asemenea, o oportunitate pentru un studiu intens, auto-orientat, bazat pe interesul pentru un domeniu. Beneficiile tehnologiilor digitale avansate se extind dincolo de învățare, promovând creativitatea, antreprenoriatul și activismul. Adolescenții și tinerii folosesc aceste tehnologii pentru a se exprima prin videoclipuri, înregistrări audio și jocuri. Ei creează mișcări politice inspiraționale, grupuri de supraveghetori și noi moduri de organizare care combină mediul online cu cel offline (UNICEF, 2011).

Adolescenții și tinerii pot învăța să cânte la un instrument prin lecții on-line, video-exerciții, tutoriale din întreaga lume, pot găsi îndrumare pentru rezolvarea temelor pe grupuri de discuții și forumuri, sau de exemplu pot viziona interiorul unui motor prin video-prezentări 3D sau asista la cursurile filmate din amfiteatrele unor universități din lume.

Pe măsură ce devin adulți tineri, unii dintre ei inventează noi afaceri și tehnologii care creează locuri de muncă și oportunități. Ei se educă reciproc, pe măsură ce se dezvoltă în mediul cibernetic global (UNICEF, 2011).

Provocarea noastră ca societate globală este de a proiecta și de a construi experiențe online pentru adolescenți care să le permită să profite de oportunitățile vieții prin medierea parțială a tehnologiilor digitale, concomitent cu micșorarea obstacolelor existente.

Dacă cele trei părți ale accesului digital pot fi puse în mișcare, noi interfețe și noi experiențe vor extinde mintea adolescenților, le vor conecta la oameni din întreaga lume și îi vor permite să participe la realizarea și schimbul de cunoștințe în economia informației.

3.2. Familia și noua dinamică a grupului familial

Familiile de astăzi pot lua mai multe forme – familii tradiționale cu doi părinți, familii monoparentale, familii cu custodie partajată, familii adoptive, pentru a numi doar câteva (APA, 2002). Indiferent de forma familiei, s-a constatat că un puternic simț al legăturii, al apropierii și al atașamentului față de familie este asociat cu o dezvoltare emoțională mai bună, o mai bună performanță mai bună a școlii și implicarea în mai puține activități cu risc sporit, cum ar fi drogurile (Resnick și colab., 1997; Klein, 1997; Perry, 2000, apud APA 2002).

Principalii agenți ai socializării care acționează în perioada adolescenței sunt aceași ca și în perioada anterioară, însă ponderea lor este diferită: familia își menține rolul de cadru primar care asigură siguranța materială și afectivă și, în același timp, de transmitere a unui sistem de valori și mentalități. Incapacitatea părinților de a găsi echilibrul între atitudinea hiperautoritară și cea hiperprotectoare față de copii lor, acum adolescenți, îi determină pe aceștia să considere societatea adultă ca fiind ambivalentă, contradictorie, inadecvată, injustă, ipocrită.

Pentru dezvoltarea pozitivă a adolescenților, părinții și adulții care educă și lucrează cu adolescenții ar trebui să le permită libertatea de a-și explora credințele. Natura adolescenților se transformă acum într-una care chestionează în permanență și face ca ghidarea, acordarea de suport și sprijin să fie o provocare.

Astfel, de cele mai multe ori se ajunge la generarea unui așa-numit „conflict între generații" în care, pentru prima dată, tinerii pun în discuție valabilitatea și gradul de adecvare al unor norme sociale, civice, a unor valori și cutume etice, culturale, sau religioase.

Conflictele părinți-copii reprezintă una dintre probleme acute ale acestei perioade. Adolescența reprezintă vârsta contestației și a nevoii de repoziționare în relațiile cu adulții: este motivul pentru care acum apar frecvent

conflicte de idei, conflicte afective sau conflictele de autoritate. În ciuda conflictelelor care apar în relația sa cu adultul, de fapt, adolescentul nu dorește să rupă relația ci să stabilească un contact „adevărat", „autentic" cu celălalt. Practic, adolescentul încearcă să restabilească relația, să o așeze pe un plan de egalitate, să reducă decalajul ierahic stabilit anterior de o relație de tipul educator–educat.

3.2.1. Conflictele de idei

Adolescentul este deosebit de sensibil față de manifestările de respingere și judecata adultului care, de cele mai multe ori, îi critică comportamentul; recunoașterea „experienței" adultului, precum și lipsa de încredere în sine îl obligă pe adolescent să ia ca punct de referință tocmai modelul oferit de adult.

Pe de o parte, buna înțelegere cu părinții apare adolescentului ca un semn al dependenței și inferiorității. El „testează" rezistența adultului afirmându-și opinia asupra unor detalii în aparență banale (bunele maniere, vestimentația, aranjarea părului), încearcă să își impună preferințele și gustul, fiind important pentru el să nu treacă neobservat și să fie clar că nu face parte din universul adultului. Deoarece nu vrea ca prietenii să îl acuze de conformism, adolescentul „luptă" împotriva adulților. De multe ori conflictul trădează refuzul părinților și al copiilor de a comunica, de avea între ei un schimb autentic de opinii.

Pe de altă parte, părinții, sub pretextul că își protejează copilul, încearcă să îl păstreze într-o stare de dependență. În acest caz, părinții fie sunt dispuși să facă unele concesii, fie preferă să discute despre altceva decât problemele esențiale morale, politice, etice. Uneori, aceste conflicte cu întorsături pătimașe, pornite de la probleme minore, pot să indice că și unii și alții ascund angoase și revendicări mai profunde. Pe de altă parte, nevoia adolescentului de a contesta totul reflectă efortul intelectual pe care acesta îl face pentru a regândi totul în mod independent, pentru a nu accepta nici o idee înainte de a o trece prin filtrul raționamentului personal. Atunci când adolescentul se îndreaptă spre adult pentru a-și confrunta ideile cu ale acestuia, el așteaptă ca adultul să dovedească constanță și continuitate, să își apere cu pasiune punctul de vedere. Prin intermediul acestei lupte de idei, adolescentul caută să dobândească alături de părinți

un nou echilibru afectiv în care sentimentele reciproce nu decurg din dependență.

3.2.2. Conflictele afective și alegerea sexuală

Pe de o parte adolescența aduce cu sine și reactivarea complexelor oedipiene, mai mult sau mai puțin rezolvate în copilărie și pune adolescentul în fața alegerilor sexuale și a experiențelor de atracție.

Pe de altă parte, sexualitatea furtunoasă a adolescenților se suprapune deseori cu eatpa de viață în care părinții se confruntă cu diminuarea acesteia pe fondul menopauzei active sau latente sau doar cu teama spectrului acesteia (Scherz, 1967).

Expunerea la sexualitatea copiilor și adolescenților poate induce la părinți trezirea unor conflicte sexuale latente. Perspectiva în care desexualizăm părinții în rolul lor educativ și de suport este la fel de îngustă ca și perspectiva tratării adolescenței în afara tensiunior sexuale. Ca umare dinamica familiilor în care un alt membru devine activ sexual are nevoie de o privire care să ia în considerație fenomenele dinamici grupului mic pe dimensiunea și a sexualității. Cu atât mai mult cu cât familiile au în context actual o atat de largă tipologie. Dinamica va fi diferită la familia monoparentală sau familia cu custodie partajată ori la familia cu un singur copil sau familia cu mai mulți copii.

Alegerile sexuale și conflictele afective prin întâlnirile romantice influențează bunăstarea psihologică imediată a adolescenților (Welsh, Grello, Harper & Florsheim, 2003), precum și calitățile viitoarelor lor relații romantice (Karney, Beckett, Collins, & Shaw, 2007; Seiffge-Krenke, 2003) subliniind astfel importanța înțelegerii potențialelor influențe și a corelațiilor acestora cu alte aspecte ale vieții adolescentului. Informațiile privind practicile eficiente aplicabile de către părinți cu privire la întâlnirile adolescentului au potențialul de a informa părinții chiar dacă să consulte un „ghid" pentru parenting privitor la activitatea romantică a adolecenților poate părea exagerat prin unele locuri.

De exemplu, R. Driscoll și colaboratorii (1972) studiază consecințele intervenției părinților cu scopul de a controla sentimentele de iubire ale copiilor lor și aduc în discuție așa-numitul *efect Romeo și Julieta*.

Refuzul părinților de a accepta alegerea adolescentului poate conduce la comportamente diferite:

- *Supunerea* în fața dorinței adulților și *renunțarea* la o alegere heterosexuală: manifestă timiditate și inhibiție fată de sexul opus.
- *Ruptura cu familia*: cazurile căsătoriilor timpuri ale tinerilor care evadează dintr-un mediu familial apăsător, angoasant.
- *Alegerea unui partener după imaginea părinților:* băiatul își alege o soție maternă în fața căreia renunță la responsabilitățile sale, fiica se îndrăgostește de un seducător de vârsta tatălui său.

Cercetătorii și agențiile guvernamentale au început să recunoască importanța relațiilor romantice adolescente ca precursori ai relațiilor adulte sănătoase și căsătoriilor (Karney et al., 2007; Seiffge-Krenke, 2003), subliniind că relațiile romantice sănătoase ale adolescenților sunt o agendă educațională importantă (Barber & Eccles, 2003).

Pentru a oferi un ajutor real, părinții ar trebui să se implice și să abordeze cu toată responsabilitatea aceste perioade, delicate din punct de vedere afectiv, pe care le traversează adolescenții. O astfel de sarcină este cu atât mai dificilă cu cât adolescentul poate considera încercarea de dialog ca un amestec abuziv în problemele lui intime iar dificultatea crește cu mult mai mult când părintele se confruntă în viața sa de adult cu dificultățile ajustării și echilibrării propiei vieți sexuale.

3.2.3. Criza de autoritate

În perioada adolescenței se vorbește frecvent despre așa-numitele crize de autoritate. Tânărul caută să se afirme, cere să (re)stabilească anumite drepturi. În cadrul familiei, conflictele de autoritate iau de cele mai multe ori o formă banală: „La ce vârstă ai voie să ieși cu prietenii, să dai cu ruj, să ai cont pe Facebook, să fumezi prima țigară?", „La ce oră ai voie să te întorci seara acasă?".

Dacă adolescentului i se stabilește o anumită limită, el va fi tentat să o depășească. Pe de altă parte, părintele va face în așa fel încât regulile impuse să fie respectate.

Cu cât nesiguranța părinților cu privire la propriile decizii este mai mare, cu atât mai puternică este opoziția lor la încercarea de „eliberare"

a adolescentului. Înăsprirea regulilor, dar și îngăduința excesivă înlătură posibilitatea unui dialog autentic. Dezamăgirea este cu atât mai mare cu cât idealul adolescentului este să găsească în adult o ființă înzestrată cu forță și putere de judecată, cu voință. Pe de altă parte, odată ce a a atins un anumit nivel de echilibru, adolescentul dorește să se apropie de părinți. El încearcă să găsească printre adulți un confident căruia să îi vorbească despre frământările sale, le solicită sfaturi, vrea să afle detalii din trecutul lor sentimental. Ar dori ca discuțiile pe care le poartă cu adulții despre diverse aspecte ale moralei sexuale să fie deschise, sincere (Hendry & Kloep, 2012).

De multe ori însă, adolescentul preferă să ascundă prima sa experiență sexuală. Acest eveniment poate coincide cu o nouă perioadă de formare a Eu-lui implicând dispreț față de familie și revendicarea drepturilor unui adult. Lipsa de corespondență între maturitatea fizică și intelectuală și maturitatea socială, care i-ar permite un statut individual autonom, determină numeroase și inevitabile conflicte (Hendry & Kloep, 2012).

În familiile cu dezvoltare normală adolescenții sunt veseli, cooperanți, învață să spună glume, să râdă și să se bucure. S-a constatat că în acest caz adolescenții învață cu mai multă ușurință să stocheze și să distribuie informația, spre deosebire de adolescenții cu tulburări de comportament la al căror viraj părinții și grupul asistă de multe ori fără să știe (cum și când) să intervină.

Specialiștii sunt de acord că acei adolescenți care trăiesc sentimentul dureros al difuziei indentității provin mai ales din familii dezorganizate, conflictuale, cu un stil de comunicare deficitar, în timp ce tinerii care dobândesc un sentiment solid al propriei identități provin din familii care le-au asigurat căldură, susținere, ocazii pentru independență și inițiativă (Hendry & Kloep, 2012).

Rezultă cu claritate din cercetările realizate în acest domeniu faptul că dezvoltarea identității este un proces care se extinde dincolo de perioada adolescenței (cel puțin până în perioada adultă tânără), fiind puternic influențat de contextul social în care adolescentul trăiește.

3.3. Grupul de referință și noile sale funcții

În prima parte a adolescenței, tinerii sunt preocupați de a fi acceptați într-un grup de prieteni; trebuința de apartenență și dorința de a fi acceptat de egalii săi poate influența decizia de a se angaja în activități pe care în mod normal nu le-ar lua în considerare (de exemplu, fumatul, consumul de alcool și droguri etc.).

Pe de o parte presiunea de a se conforma la normele grupului, de a avea și a urma un leader, atinge cote maxime în timpul adolescenței, fiind mai puternică decât însăși instinctul de conservare și trebuința de securitate (Hendry & Kloep, 2012) iar pe de altă parte cercetărie susțin că relațiile cu colegii sunt, de asemenea, asociate cu o mai bună sănătate mintală a adolescenților și cu adaptarea de succes la mediu (La Greca & Harrison, 2005;Yeung & Leadbeater, 2010).

3.3.1. Trebuința de apartenență

Studiile arată că fenomenul conformării la grup nu este doar consecința impunerii grupului, ci și a nevoii ființei umane de a fi iubită și acceptată ca parte a unui grup. Practic, în adolescență, manifestarea trebuințelor superioare de apartență socială descrise de piramida lui Maslow (2008) atinge un moment de apogeu, acesta fiind unul dintre motivele pentru care adolescenții acționează de cele mai multe ori în grup.

Deși relațiile cu părinții sunt încă relevante pentru adolescenți (Eckstein, Rasmussen,& Wittschen, 1999), relațiile cu colegii devin centrul vieții adolescenților (Tarrant, 2002). Cercetari în această direcție au arătat că aparținând „normalului" – sau – popularului, grupul de egali este asociat pozitiv de adolescent ca o mai bună la adaptarea la mediu (Heaven, Ciarrochi, & Cechaviciute, 2005). De asemenea, cercetările au arătat că acceptarea grupului de egali și relațiile bune funcționează ca factori de protecție împotriva anxietății sociale și a depresiei (La Greca, & Harrison, 2005).

Dacă adolescenții nu sunt în măsură să reziste la presiunea colegilor și influențelor negative, pot fi mai predispuși la delincvență, comportament deviant sau utilizarea substanțelor psihoactive. Asta se întâmplă în parte și pentru că adolescenții pot căuta să se conformeze normelor grupului de egali cu care se identifică (Stewart-Knox et al., 2005). Identificarea cu

un grup delincvent este un predictor al relațiilor de agresiune fizică și psihică (Pokhrel et al., 2010). Agresiunea experimentată în relațiile romantice ale adolescenților, presiunea colegilor și respingerea egalilor sunt asociate cu simptome crescute de depresie, consumul de alcool, probleme psihosociale de funcționare (Schad et al., 2008), stres intern și anxietate socială (La Greca & Harrison, 2005).

La începutul adolescenței, alcătuirea grupului se produce spontan, prin luarea în considerare a caracteristicilor de personalitate ale membrilor săi și mai puțin a unor obiective comune care ar putea sta la baza stabilirii grupului.

De obicei, adolescenții nepopulari sunt mai greu acceptați în grupuri; datorită faptului că, adesea, ei manifestă o inadaptare afectivă ca prelungire a relațiilor încărcate de disconfort din familie. Adolescenții respinși de grupul de egali sunt excesiv de interiorizați, timizi, retrași sau, dimpotrivă, certăreți, zgomotoși, indiferenți față de alții, egoiști. În grupurile de adolescenți apare de cele mai multe ori un *lider* care se impune prin inițiativă, îndrăzneală, neconformism și care își exercită funcția de multe ori în mod autocratic.

Odată constituit, grupul are tendința de a se manifesta în opoziție cu adultul. Confruntarea cu acesta îl face pe adolescent să se simtă mic, inferior, stingherit. Ca urmare, grupul adoptă reguli de conduită, coduri secrete de comunicare și parole care îl feresc de o eventuală intruziune a adultului. La această vârstă spiritul de camaraderie este mai important decât spiritul de competiție, deoarece valoarea individuală este apreciată în măsura în care un adolescent este la fel ca ceilalți și nu neapărat mai mult decât ei (Verza, 2000).

3.3.2. Adaptarea prin comparare

Teoria comparării sociale elaborată de Leon Festinger (1954) susține că deoarece nu există posibilitatea unei măsurării fizice a opiniilor și atitudinilor, oamenii se compară cu alți oameni pentru a vedea dacă opiniile și atitudinile lor sunt corecte.

Teoria comparării sociale pune în evidență un aspect important în modul de formare al grupurilor: oamenii au tendința de a se asocia cu cei asemănători lor. În grup, datorită comparării sociale, indivizii nu se detașează semnificativ pentru a nu periclita echilibrul social: prin comparare

cu alții ne dăm seama cine suntem. Interesant este faptul că ne comparăm nu cu cei care sunt foarte diferiți de noi, ci de regulă cu cei care ne sunt asemănători din punct de vedere psihologic și social (Festinger, 1954).

În perioada adolescenței se observă frecvent eforturile pe care tinerii le fac pentru a deveni asemănători grupului în care doresc să se integreze (adoptarea unui anumit stil comportamental, modificarea aparenței fizice – de exemplu, machiaj, cercei, tatuaje etc.) și tendința de conformare la normele grupului – obligatorie pentru a-și păstra statutul de membru al grupului (Festinger, 1954).

3.3.3. Adaptarea prin conformare

Comportamente pe care de cele mai multe ori le considerăm neașteptate, surprinzătoare din partea unei persoane, devin explicabile atunci când ne raportăm la grupul din care aceasta face parte. Printr-o serie de experimente simple, Solomon Asch (1956) a demonstrat forța pe care poate să o aibă conformarea la norma de grup. Situația experimentală imaginată de Asch este următoarea: o serie de studenți trebuiau să evalueze lungimea unor segmente de dreaptă; atunci când realizau această sarcină individual, de obicei nu se înregistra nici o eroare; atunci când făceau același lucru după ce auzeau aprecierile altor studenți (complici ai experimentatorului, instruiți să facă evaluări incorecte), în aproximativ 35% din cazuri răspunsurile înregistrate erau eronate, demonstrând clar efectele presiunii sociale în luare de decizie individuală.

Spre mijlocul adolescenței, crește intensitatea implicării în relații cu covârstnicii, se dezvoltă relații de prietenie și relații romantice intime. Spre deosebire de adolescenții care provin din populația majoritară, pentru tineri care provin din comunități minoritarea (etnice, religioase etc.) apartenența la grupurile de egali își păstrează importanța o perioadă mai îndelungată. Pentru acești tineri, grupurile de covârstnici oferă ocazia pentru consolidarea sentimentului de apartenență în cadrul culturii majoritare (APA, 2002).

3.3.3.1. Socializarea în mediul online

În zilele noastre, atât nevoia de apartenență la un grup cât si nevoia de a se compara cu ceilalți indivizi de aceeași vârstă par să fie înlesnite de

rețelele de socializare și de vasta gamă de platforme on-line (Facebook, Twitter, Instagram, etc.).

Studii din ultimii ani au arătat că tehnologia digitală poate aduce beneficii adolescenților, prin ușurința cu care ei se pot conecta cu alți adolescenți și prin accesul facil la resurse educaționale sau de divertisment (Livingstone & Bober, 2006; Valkenburg & Peter, 2009; boyd, 2014).

Totodată, există îngrijorări cu privire la socialzarea din mediul online, deoarece accesul la materiale neadecvată vârstei sau expunerea la cyberbullying, pot periclita dezvoltarea socială și sănătatea mentală a copiilor și adolescenților (Pew Research Center, 2012, boyd și Hargittai, 2013, George and Odgers, 2015).

Problema ridicată de cercetători este legată de modul în care acest tip relativ nou de socializare, poate afecta etepe importante ale dezvoltării adolescenților, cum ar fi formarea identității și crearea de relații sănătoase (George & Odgers, 2015). Cu alte cuvinte, îngrijorările provin din probabilitatea unei influențe negative pe plan biologic, psihologic și social.

Adolescenții socializează la fel de mult (poate chiar mai mult) în mediul online, iar aptitudinile de socializare se dezvoltă, dar totodată, s-ar putea ca aptitudinile de socializare să se altereze, să se dezvolte într-o manieră negativă (George & Odgers, 2015).

Adolescenții socializează ușor în mediul online, pot experimenta noi identități și modalități creative de a se prezenta prietenilor (filme, fotografii, jocuri, muzică etc.), și au un sentiment de legătură permanentă cu grupurile lor de apartenență, de vreme ce, în orice moment, pot lua legătura cu colegii și prietenii lor (Kardefelt-Winther, 2017).

Ceea ce este foarte interesant, adolescenții consideră că mediul online îi ajută în întărirea relațiilor de prietenie și că le oferă suport emoțional, dar în același timp poate pune presiune mare de a posta anumite tipuri de conținuturi, poate fi sursa de bullying, poate prejudicia relațiile, poate prezenta lipsit de realism viața cuiva (Pew Research Center, 2018).

Cu alte cuvinte, dincolo de părțile lui bune, mediul online oferă o mare putere presiunii sociale, ceea ce poate cauza probleme adolescentului dacă acesta nu se conformează regulilor grupului, mai ales că toti cei implicați sunt la curent în timp real cu ceea ce se întâmplă, mai ales că tehnologia conectării în timp real tinde să prevaleze pentru adolescenți, datele spun

de exemplu că aproape jumătate (51%) dintre adolescenții din SUA, în vârstă de 13–17 ani, spun că folosesc Facebook mai puțin și utilizează YouTube, Instagram sau Snapchat. (Teens, Social Media & Technology 2018, Pew Research Center, 2018).

3.4. Noul egocentrism și reciprocitatea relațională

3.4.1. Relațiile pe același nivel

De obicei, prin termenul de prietenie se desemnează o relație apropiată, semnificativă, care se stabilește între un adolescent și o altă persoană (alta decât un membru al familiei). Prietenul poate fi o persoană de aceași vârstă, mai tânără sau mai în vârstă, de același sex sau de sex diferit.

Chiar dacă relațiile de prietenie stabilite între adolescenți sunt de cele mai multe ori platonice (sau non-sexuale), ele reprezintă baza pentru dezvoltarea unor relații romantice sănătoase. Cu toate acestea, cercetări în problemele adolescenței arată că, în mod frecvent, fetele se angajează în relații sexuale atunci când ceea ce ele caută de fapt este o relație de prietenie strânsă sau intimă (nu nepărat o relație sexuală).

Abilitatea de a stabili și de a menține relații de prietenie adecvate oferă adolescentului ocazia de a dezvolta și exersa deprinderi relaționale care, mai târziu, îi vor fi necesare pentru a se angaja în relații romantice sau profesionale normale. În general, se consideră că o relație de prietenie poate fi caracterizată prin câteva elemente cheie (Albu, 2005):

- Prietenia are în centrul ei afecțiunea și prețuirea reciprocă. Se întemeiază pe plăcerea și entuziasmul prietenilor de a fi împreună.
- Reprezintă o relație de durată. Nu intră aici simpatiile pasagere și confortul ocazional. Ea se bazează pe găsirea cu usurință a unui limbaj comun și similaritatea la nivel de opinii, idei, valori.
- Prietenia implică încrederea reciprocă, care permite satisfacerea nevoii de a ne face confidențe, a (ne) împărtăși experiențele și activitățile, stările sufletești. Ea implică fidelitatea, neacceptarea disimulării și înșelării.
- Prietenia implică acordarea de sprijin reciproc, material și sufletesc, susținere și apărare mutuală.

3.4.2. Relațiile între generații

Relațiile intergeneraționale au o importanță specială în viața adolescentului. De foarte multe ori observăm adolescenți care dezvoltă puternice relații de prietenie cu persoane adulte. Deși natura acestui tip de prietenie este diferită față de cea anterioară, adulții pot fi prieteni, mentori și pot oferi modele sănătoase de identificare pentru adolescent. În plus, datorită longetivității seniorilor, acest segment al societății poate oferi ocazii importante de a forma relații de prietenie cu adolescenții; în ciuda diferenței de vârstă, acest tip de relații de prietenie oferă ocazii semnificative pentru a învăța unii de la ceilalți, cu beneficii mutuale pentru ambele segmente de vârstă.

Abilitatea de a dezvolta relații de prietenie normale, sănătoase, depinde în mare măsură de stima de sine a persoanei și este condiționată de o identitate bine conturată, de sentimentul de control asupra evenimentelor la care adolescentul participă.

Ca urmare, de obicei se observă faptul că adolescenții care au dificultăți în a stabili și a întreține relații de prietenie au o rezistență mult mai scăzută în fața presiunii grupului și, spre deosebire de adolescenții care au abilități de interrelaționare mai bine dezvoltate, sunt mai susceptibili de a se angaja în comportamente de risc.

3.4.3. Egocentrismul relațional

Câteva observații sunt necesare cu privire la modul în care adolescenții percep realitatea (incluzându-i aici atât pe ceilalți, dar și pe sine însăși), mai ales că intervin aici o serie de distorsiuni datorate egocentrismului specific acestei vârste.

D. Elkind (1967) arată că egocentrismul adolescentului poate fi caracterizat prin patru elemente primare:

- *Publicul imaginar*: adolescentul are impresia că toată lumea îi observă îmbrăcămintea, gesturile, defectele etc. și are dificultăți în a diferenția propriile gânduri de ideile și judecățile de valoare emise de acest auditoriu prezent în imaginația sa.
- *Mitul personal*: credința că este unic în modul în care trăiește anumite experiențe sau situații (că nimeni altcineva nu a trăit un

anumit sentiment, cu aceași intensitate, sau nu a trecut prin aceleași situații de viață etc.); la acestea se adaugă în plus, mitul că nimic rău nu i se poate întâmpla etc.

- *Ipocrizia excesivă*: de exemplu, adolescentul își copiază în mod obișnuit tema de la colegi dar nu admite să se copieze atunci când profesorul iese din clasă.
- *Pseudostupiditatea*: un fel de logică suprasimplificată care îl determină să întrebe de pildă „dacă X știe că alcoolismul conduce la ciroză și moarte, atunci de ce nu se oprește?", „dacă Y nu se înțelege cu părinții, atunci de ce nu pleacă de acasă?" etc. ignorând factorii multipli care condiționează aceste fenomene.

Rezultatele cercetării lui Elkind au permis următoarele declarații:

1. atitudinea excesivă privind solicitările din partea mamei este strâns legată de timiditatea adolescenților;
2. atitudinea supraprotectivă manifestată de mamă se referă cel mai mult la dimensiunea egocentrică a legendei personale (mitului);
3. atitudinea mamei de excesiv exigente este cea mai strâns legată de dimensiunea egocentrică a publicului imaginar;
4. există o relație pozitivă între timiditate și nivelul egocentrismului adolescent

Acest tip de egocentrism diminuează treptat pe parcursul adolescenței pe fondul dezvoltării multidimensionale a personalității și a creșterii capacității de automonitorizare a sinelui, odată ce persoana își dezvoltă abilități de asumare a perspectivelor, acuitatea socială și capacitatea de adaptare la contexte diferite de comunicare. Pe măsură ce adolescentul își lărgește sfera relațională, el își (re)structurează în așa fel trăsăturile de personalitate astfel încât ele să corespundă atât cu nevoile Eului, cât și cu normele grupurilor în care se integrează (Elkind, 1967).

3.5. Sexualitate și comportament sexual

Adolescența este perioada de conștientizare a identității sexuale (Ryan & Futerman, 1997), perioada în care mai abrupt sau mai lin tânărul se acomodează cu propriul corp și noile sale trebuințe. Imaginea de sine are la bază imaginea corporală. Adolescentul se descoperă și își descoperă

corpul în toiul unor mai transformări. Felul în care se cristalizează imaginea corporală afectează și autopercepția din punct de vedere sexual. Modul în care adolescenții își percep corpul și consideră că sunt percepuți de ceilalți, structurează calitatea și abilitatea interrelaționării dar mai ales formarea unei identități sexuale detașate, necomplexate (Ciupercă, 2000).

3.5.1. Comportamentul sexual

Dezvoltarea în perioada adolescenței este puternic marcată de factorii biologici. Din acest punct de vedere, biologia oferă „mecanismul" fizic, iar factorul hormonal oferă predispoziția pentru a acționa sexual. Cu toate acestea, factorii psihosociali amintiți mai sus sunt cei care dau conturul comportamentului sexual.

Există trei arii principale în care are loc socializarea comportamentului sexual al adolescentului: identitatea sexuală, influența parentală și influența celor de aceași vârstă (Katchadourian & Martin, l979).

- *Identitatea sexuală* este unul dintre cei mai importanți factori în socializarea comportamentului sexual și dobândirea identității de gen. Acesta se referă la caracteristici precum masculinitate și femininitate; așa cum am subiniat mai sus, rădăcinile se găsesc în copilărie, dar manifestarea lor este plenară în adolescență (Money & Erhardt, l972), când adolescenții învață despre identitatea de gen prin mass-media, scoală și, cel mai important, părinții și familia din care fac parte.
- *Influența parentală.* Părinții exprimă propria atitudine sexuală în mod indirect, prin exemplul propriului comportament, sau în contextul unor aspecte mai largi. În familiile din clasele de mijloc, se observă că părinții cultivă principii precum autocontrolul, înfrânarea și amânarea gratificării în general. Pentru tinerii din familiile cu un nivel economic și de educație mai bun, probabilitatea de a se angaja în relații sexuale la o vârsta timpurie este mult mai mică (Chilman, l983).
- *Influența grupului de egali (covârstnici)* este una dintre cele mai puternice forțe care stau în spatele socializării sexuale în adolescență; în grup se oferă informație și sunt transmise valori prin intermediul culturii de grup.

Într-un sondaj realizat de Miller și Simon, (l974) printre adolescenți, aceștia au fost întrebați de ce nu au așteptat până la majorat pentru a se angaja în relații sexuale. Studiul a fost realizat in statul Illinnois, USA, in 1973, pe un eșantion de 2,064 de adolescenți, populație albă, cu vârsta cuprinsă între 14–17 ani. Răspunsurile lor indică mai multe motivații principale, cu referire directă la grup și cultura de grup.

Tabelul 3. ***Motivații pentru angajarea în relații sexuale în adolescență***

Fete		*Băieți*	
%	Motivație:	%	Motivație:
14	Presiunea grupului de covârstnici	26	Presiunea grupului de covârstnici
14	Toată lumea o face	16	Curiozitatea
14	Curiozitatea	10	Toată lumea o face
17	Presiunea din partea băieților	10	Gratificarea

(adaptat după P.Y.Miller & W. Simon, l974)

Socializarea comportamentului sexual al adolescentului este un proces de învățare în are intervin propria identitate sexuală, influența parentală și influența celor de aceași vârstă. Fiecare dimensiune a socializării sexuale trece printr-un proces complex de formare în cadrul unui sistem complex de atitudini și comportamente, de standarde sociale și cerința de conformare la acestea.

În consecință, devine importantă educația pentru sănătatea sexuală care este un proces de formare de atitudini, convingeri și valori despre identitate de sine, imagine corporală, relații interpersonale, intimitate și iubire, comunicare, decizie și responsabilitate.

De exemplu în România, băieții tind să declare că utilizează metodele contraceptive într-o măsură mult mai mare decât fetele, în timp ce acestea susțin că au avut mai puțini parteneri sexuali decât băieții. În ceea ce privește comportamentele de risc, băieții tind să bea mai mult alcool, să fumeze mai mult, și să fie implicați mai des în conflicte fizice violente decât fetele. Același sondaj arată că fetele sunt conservatoare decât băieții în ceea ce privește abstinența sexuală înainte de căsătorie și poziția față

de avort. Mai mult de jumătate dintre dorește restrângerea drepturilor la avort în România (Sandu et.al., 2014).

Educația sexuală – arată Adriana Băban (2001) – se adresează componentelor psihologice, sociale, biologice și spirituale. Acest tip de educație se focalizează pe cateva obiective fundamentale:

- formarea de convingeri,
- valori și atitudini despre sine și ceilalți,
- dezvoltarea deprinderilor de relaționare interpersonală,
- dezvoltarea responsabilității față de sine și față de ceilalți
- informarea.

3.5.2. Identitatea sexuală

Cristalizarea identității sexuale este un moment important al adolescenței. Identitatea sexuală se construiește și se dezvoltă în general pe prototipul primelor relații erotice (Mitrofan & Mitrofan, 1994).

Prima și cea mai dificilă cucerire a adolescentului este accesul la propriul său corp, acceptarea identității sale sexule nou conștientizate. Trezirea ființei sexuale îl poate perturba emoțional și chiar psihosomatic (Mitrofan & Mitrofan, 1994).

În unele cazuri, un adolescent cu o mare fragilitate psihică, mai labil și mai puțin informat, sau crescut într-o atmosferă puritană și restrictivă, poate manifesta frică sau chiar repulsie, ură față de acest nou corp care îi semnalează că există și altfel decât până acum. El începe să sesizeze tendințe, impulsuri uneori imperioase, dorințe, nevoi mai puțin familiare și oarecum inedite, un amestec de atracție, de surpriză și de reprimare, pendulând între tentația autonomiei și auto-constrângere (Mitrofan & Mitrofan, 1994).

Identitatea sexuală se dezvoltă și este influențată de modelele parentale fiind la început difuz subintegrată în subidentitatea familiei (Șchiopu & Verza, 1997).

Privitor la adoptarea rolurilor feminine și masculine autorii citați arată că un model parental cu masculinitate redusă conduce adolescenții băieți la dificultăți de identificare. Cei care au un model puternic conturat ca masculinitate sunt mai siguri pe ei, mai încrezători, protectori, relaxați,

exuberanți, calmi și chiar fericiți. Modele de rol feminin pot fi: tradiționale, de tranziție, moderne. Fetele cu o identificare feminină tradițională sunt mai încărcate de conflicte. Dacă modelul matern este tradițional, identificarea este mai pasională și facilă, dacă modelul matern este modern, tinerele cu identificare tradițională au dificultăți de identificare și identitate mai mari (Șchiopu & Verza, 1997).

3.5.3. Relațiile romantice în adolescență

Foarte importante în dezvoltarea identității sexuale, și nu numai pentru aceasta, sunt relațiile romantice ale adolescenței, relațiile între sexe. Perioada adolescenței este predilectă pentru primele încercări de relaționare romantică între sexe, adolescenții fiind nevoiți să facă față tranziției de la felul asexuat în care erau percepuți de către ceilalți la a fi din ce în ce mai aproape de a fi percepuți ca indivizi maturi care trăiesc experiența atracției sexuale (Benedict, 1938).

Tranziția aceasta este cu atât mai dificilă cu cât ea se suprapune cu transformări pe toate celelalte planuri dar și cu numeroase schimbări de roluri dar mai ales cu formarea identității (Erikson, 1969), precum și re-așezarea relațiilor între părinți și adolescenți (Steinberg, 1990).

Relațiile romantice între sexe sprijină dezvoltarea identității pe de o parte iar pe de altă parte joacă un rol important în sprijinirea adaptării sociale a adolescenților (Paul & White, 1990). Capacitatea de a relaționa pozitiv cu covârstnicii este crucială pentru dezvoltarea socială și emoțională (Hartup, 1993).

În alegerea partenerului de relație pentru adolescent un factor de influență este grupul de prieteni. În relația romantică adolescentul explorează felul de a interacționa cu membrii de sex opus și începe să facă primii pași către intimitatea matură. Aceasta este evidențiată și de faptul că relațiile timpurii tind să aibă o durată scurtă în preadolescență și cresc în durată și calitatea intimității pe parcursul adolescenței târzii. De-a lungul perioadei de adolescență relațiile de cuplu sunt exploratorii dar au rezonanță asupra felului în care adolescenții vor putea face față viitoarelor relații de cuplu adulte și reprezintă deplasarea către o intimitate matură (Paul & White, 1990).

Studiul asupra sexualității în adolescență, clasifica adolescenții tineri astfel:

- cu risc ridicat (cu mai mult de un partener sexual și care utilizează mijloace contraceptive rareori sau deloc),
- tineri cu risc scăzut (cu un singur partener și care utilizează întotdeauna mijloace de contracepție)
- abstinenți sau inactivi din punct de vedere sexual.

Autorii susțineau că angajarea în comportamente sexuale riscante de-a lungul ciclului de viață din adolescență și până la începutul maturizării are efecte semnificative asupra performanțelor școlare. (Luster & Small 1994, apud Faludi, et al., 2013). În mod similar, studiul realizat în România a arătat că, în rândul liceenilor români care și-au început viața sexuală, există cel puțin două grupuri diferite sub aspectul riscului de eșec școlar la BAC pe care angajarea în relații intime îl produce. Unul dintre grupuri, caracterizat printr-un rise scăzut de a se confrunta cu un eșec școlar la finele liceului, îl reprezintă liceenii care își încep mai târziu viața sexuală, care experimentează primul raport sexual în prezența unui partener stabil și care rămân fideli aceluiași partener sexual pe durata liceului. Celălalt grup, caracterizat printr-un rise ridicat de eșec școlar la BAC, este format din acei liceeni care trec printr-un debut sexual precoce, consumat alături de un partener ocazional și care trece ulterior prin parteneriate sexuale multiple, datorate unor relații deseori de scurtă durată specifice la vârsta adolescenței (Faludi, et al., 2013).

3.6. Comportamentele de asumare a riscului

Experimentarea prin comportamentele de asumare a riscului este o parte normală a adolescenței, deci o parte dintre acestea este de așteptat să fie puse în act. Totuși, experimentarea poate conduce la formarea unor obiceiuri compuse din comportamente de risc, dacă nu este limitată. Comportamentele de risc la care se face referire sunt abuzul de alcool și de droguri, fumatul, delincvența și sexul tipuriu neprotejat (Perkins, 2007).

3.6.1. Asumarea riscului

Comportamente precum fumatul și consumul de droguri și alcool sunt adesea adoptate în faza anterioară de asumare a riscurilor și apoi efectuate și în adolescența târzie și chiar mai târziu, în perioada de maturitate. De exemplu, se estimează că 1 din 5 adolescenți în vârstă de 13–15 ani fumează și aproximativ jumătate dintre cei care încep să fumeze în adolescență continuă să facă acest lucru timp de cel puțin 15 ani (UNICEF – The State of the World's Children, 2011).

Partea problematică în cadrul dezvoltării explozive a creierului din perioada adolescenței este că aceasta poate fi serios și definitiv afectată de consumul excesiv de droguri și alcool (UNICEF – The State of the World's Children, 2011).

Fetele aflate în perioada adolescenței târzii au tendința de a fi expuse unui risc mai mare decat băieții, cu rezultate negative asupra sănătății, inclusiv depresie, iar aceste riscuri sunt adesea amplificate de discriminarea de gen si de abuz. Ele sunt în mod special predispuse la tulburări de alimentație, cum ar fi anorexia și bulimia; această vulnerabilitate derivă în parte din profunde anxietăți cu privire la imaginea corporală, alimentate de stereotipurile culturale și mediatice ale frumuseții feminine. (UNICEF The State of the World's Children, 2011).

O meta-analiză a 25 de studii experimentale a arătat că, în special pentru fetele mai tinere decât 19 ani, vizualizarea imaginilor modelelor subțiri a produs o imagine corporală negativă (Groesz, Levine, Murnen, 2002) Un experiment care implica 145 de femei colegiu a aratat ca expunerea la idealul feminin de siluetă prin imaginile unei reviste, nu numai că au redus stima de sine, dar au crescut simptomele tulburărilor de alimentație (Hawkins, Richards, Granley, et al., 2004).

În plus, cele din grupul cu expunerea la modele ideale s-au perceput ca având o greutate mai mare și au fost mai mult obligate să gândească la greutatea lor (Bardone-Cone & Cass, 2007).

Cu toate aceste riscuri, adolescenta târzie reprezintă o perioadă care lasă loc oportunității, idealismului și promisiunii. În acești ani în care adolescenții își pregătesc și creează propriul drum în construirea unei cariere sau în educația ulterioară, își stabilesc propria identitate și viziune asupra lumii și încep să se angajeze în mod activ în modelarea mediului înconjurător (UNICEF – The State of the World's Children, 2011).

Toate schimbările majore care apar ca urmare a dezvoltării în această perioadă pregătesc adolescentul să experimenteze noi tipuri de comportamente. Acest tip de experimentare conduce la *comportamente de asumare a riscului* care, între anumite limite, pot fi considerate o componentă normală a dezvoltării adolescentului, contribuind la (Ponton, 1997; Jessor, 1991; etc.):

a) definirea propriei identități;
b) testarea noilor deprinderi; exersarea autonomiei decizionale;
c) dezvoltarea capacității de autoevaluare realistă a propriei persoane;
d) câștigarea respectului și a acceptării din partea grupului de egali.

Adoptarea comportamentelor de asumare a riscului este deci o caracteristică comună a adolescenței timpurii și mijlocii, văzută ca experimentare a „comportamentelor adulților" și care scade în perioada adolescenței târzii, deoarece se dezvoltă abilitatea de a evalua riscurile și de a lua decizii conștiente (UNICEF, The State of the World's Children, 2011).

Majoritatea adolescenților își asumă riscuri, însă ei au nevoie de ghidare și consiliere pentru a orienta comportamentele de asumare a riscului înspre conduite cât mai constructive și mai puțin periculoase. Pe măsură ce se maturizează, majoritatea învață cum să evaluaze riscul în mod realist și să își modifică comportamentul în funcție de riscul perceput.

Pe de altă parte, există momente în care multe dintre riscurile asumate de adolescenți pot constitui amenințări reale la sănătatea lor fizică și psihică. Aici pot fi incluse sarcina în adolescență, abuzul de droguri și de alcool, fumatul, dar și accidente în care sunt implicate vehicule și dispozitive diverse (mașini, biciclete, skateboards etc.).

În cazul adolescenților care se angajează constant în astfel de comportamente riscante, acestea pot semnala o problemă mai profundă. Există mai multe *semnale de alarmă* care indică faptul că un comportament de asumarea riscului iese din limitele experimentărilor normale pentru această perioadă:

- manifestarea comportamentului în cauză începe foarte devreme (8 sau 9 ani);
- este continuu, nu are o manifestare ocazională;
- apare în contexte sociale, în care alți adolescenți nu se angajează în aceași activitate.

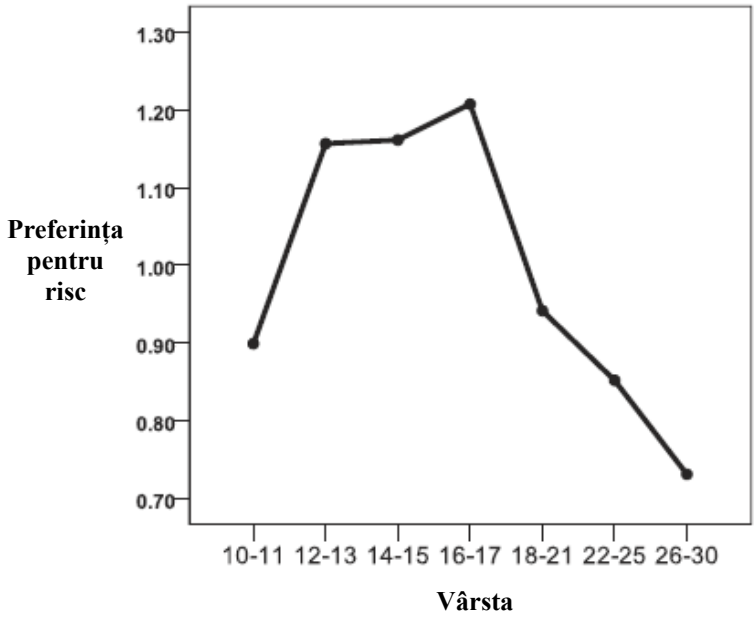

Fig. 6. ***Distribuția preferinței pentru comportamentele de risc pentru intervalele de vârstă cuprinse între 10 și 30 de ani.***
Pentru această expresie grafică s-au folosit mediile răspunsurilor la întrebarea „Cum ai cota beneficiile (plăcerea) aceastei activități de risc?", pentru diferite comportamente: sex neprotejat, fumat, furt din magazine, etc.
(preluat după Steinberg, L., 2009, p. 745).

Kloep și Hendry (1999) au venit cu un model teoretic care să ajute la identificarea nivelului de gravitate a asumării riscurilor. Ei au împărțit inițial comportamentele de asumare a riscului în trei categorii:

- Prima categorie este cea a comportamentelor *de căutare de senzații tari* – în care adolescenții adoptă comportamente care dau senzații palpitante, care le testează limitele și capacitățile
- A doua categorie vizează comportamente de *asumare a riscului sub controlul audienței* – în care indivizii trebuie să demonstreze anumite calități prin asumarea anumitor riscuri, pentru a-și câștiga sau menține status-ul în cadrul grupului. În această categorie intră și „ceremoniile de inițiere" în care oamenii sunt „testați" înainte de a fi primiți într-un grup.

- A treia categorie este cea a *comportamentelor iresponsabile* de asumare a riscului. Comportamentele iresponsabile indică inabilitatea adolescentului de a vedea consecințele pe termen lung sau de a putea amâna gratificarea. Aceste comportamente iresponsabile de asumare a riscului sunt deci activate de dorința de gratificare imediată, indiferent dacă ar exista posibilitatea unei gratificări mai mari într-un viitor apropiat.
- Kloep *et.al.* (2009) au adăugat și o a patra categorie de comportamente de *asumare a riscului*, în care adolescentul are un *scop precis, în viitor.* De exemplu, mutarea într-o altă țară pentru a avea un nivel de trai mai bun, întâlnirea cu prietenul/preietena în ciuda împotrivirii părinților, etc. Această categorie de asumare calculată a riscului se evidențiază prin asumarea riscurilor doar după ce au fost luate în considerare avantajele și dezavantajele strategiei respective (Kloep et.al., 2009, apud Hendry & Kloep, 2012).

Cercetări neuropsihologice la adolescenți - implicații clinice
- Lipsa de prudență poate fi legată de o capacitate mai mică în timpul adolescenței de a utiliza regiunile creierului cel mai bine echipate pentru a evalua riscurile și beneficiile.
- Maturizarea altor regiuni ale cortexului prefrontal se observă prin îmbunătățirea memoriei de lucru, reglării emoționale și a capacității de planificare pe termen lung.
- Impulsivitatea, viziunea îngustă și comportamentele de asumare a riscului sunt parțial generate biologic.
- Amigdala este o zonă cerebrală asociată răspunsurilor emoționale și instinctuale. Studii imagistice sugerează că adolescenții - într-o măsură mult mai mare decât adulții - puși să interpreteze informații emoționale, folosesc zona amigdaliană, mai degrabă decât zona cortexului frontal (responsabilă cu analiza rațională).
- Campaniile stabilite să modifice gândirea adulescenților (cum ar fi terapia cognitiv comportamentală) cu privire la fumat, consum de substanțe, condus sub influența alcoolului sau sexul neprotejat , sunt ineficiente dacă nu sunt susținute de elemente externe de control, cum ar fi: supravegherea părinților, supervizia la petrecerile școlare, sancțiunile legale pentru cei care vând țigări și alcool minorilor, legislația strictă cu privire la condus și consumul de alcool.
- Părinții, consilierii sau practicienii din domeniul sănătății ar trebui mai degrabă să supravegheze comportamentele de asumare a riscului în contextul dezvoltării, decât să le eticheteze superficial ca fiind comportamente asociate unei personalități slabe sau comportamente generate de un anturaj negativ.

Fig. 7. ***Implicațiile clinice pe care le au caracteristicile neuropsihologice ale creierului în perioada adolescenței***
(preluat după Hazen, et al., 2008; Milkman & Sunderwirth, 2010)

Conform rapoartelor APA (2002), zonele cele mai sensibile pentru dezvoltarea problemelor comportamentale sunt: drogurile și abuzul de alcool, graviditatea și bolilele cu transmitere sexuală, eșecul și abandonul școlar, crima, delincvența și violența, urmate de comportamentul suicidar și tulburările de alimentație.

Tabelul 4. ***Factorii de risc implicați în dezvoltarea problemelor de comportament*** (după Milkman & Wanberg, 2013)

Factori de risc implicați în dezvoltarea problemelor de comportament	
Probleme mentale (inclusiv suicid):	Grad scăzut de supraveghere parentală Parentare prin pedepse corporale Expunerea la anturaj deviant Legături sociale puține sau de calitate slabă Dificultăți școlare Angajarea în comportamente de risc
Sarcina la o vârstă timpurie Parentare prin pedepse corporale	
Fuga de acasă:	
Parentaj prin pedepse corporale Traumă sexuală Alte forme de traume în cadrul familiei Abandonul copilului de către părinți	
Abuzul de substanțe:	***Implicarea într-o bandă/gașcă:***
Un grad scăzut de supraveghere parentală Parentare prin pedepse corporale Traumă sexuală Martor la violențele dintre părinți Părinți care fac abuz de substanțe, activități infracționale, detenție Sarcina la o vârstă timpurie Dificultăți de acomodare Angajarea în comportamente de risc Expunerea la anturaj deviant (în special pentru băieți)	Comunitate în care există criminalitate și violență Sentimente de vulnerabilitate la violență Victimizare Sărăcie Conflict părinte-adolescent Grad scăzut de supraveghere parentală Abandonul școlar Infracțiuni
Probleme sau tulburări de conduită, atașament insecurizant în copilărie:	***Activități infracționale:***
Hiperactivitate și/sau deficit de atenție Dezvoltare redusă a empatiei Lipsa de legături sociale Sarcina la o vârstă timpurie Deficit cognitiv Cruzime față de animale	Contactul timpuriu (6–11 ani) cu justiția***** Lipsa de legături sociale sau legaturi cu tineri delincvenți Traume fizice în copilărie sau abuz în copilărie Abuz de substanțe Eșec școlar Comunitate violentă Prejudicii rasiale Expuneri multiple la risc (în special experiențe frecvente cu violență)***** Traumă cerebrală – uneori implicată în crizele de furie criminală
Delincvență:	***Agresiune sexuală:***
Sarcina la o vârstă timpurie Atașament insecurizant în copilărie Lipsa de legături sociale	Parentare prin pedepse corporale Traumă sexuală în copilărie

**** – cel mai bun predictor pentru această categorie de probleme de comportament***

Conceptul de ***comportament de risc*** se referă la orice comportamente sau acțiuni care au potențialul de a compromite aspecte biologice și psihosociale în perioada de dezvoltare. Implicarea în comportamente de risc pun în primejdie anumite arii ale dezvoltării umane:

(a) sănătatea și dezvoltarea fizică;
(b) îndeplinirea sarcinilor normale de dezvoltare;
(c) îndeplinirea rolurilor sociale așteptate;
(d) dezvoltarea de abilități necesare;
(e) atingerea sentimentului de adecvare și competență;
(f) pregătirea adecvată pentru pentru următoarea perioadă din dezvoltarea umană (adică pregătirea adolescentului pentru perioada tinereții) (Perkins & Borden, apud Weiner et. al., 2003, p. 373–374).

Așadar caracteristicile de risc se referă la acele caracteristici individuale și contextuale asociate cu o scădere a probabilității de dezvoltare normală psihosocială și fizică (Perkins & Borden, apud Weiner et. al., 2003).

Comportamentele rezultate pot include abandonarea liceului, delincvența, sarcina timpurie, violența sau crima, mai târziu acestea putându-se transforma în șomaj, dependență socială, detenție și speranță de viață scăzută (Perkins & Borden, apud Weiner et. al., 2003).

3.6.2. Abuzul de substanțe

Abuzul de substanțe este un factor major de risc în perioada adolescenței. Ne referim aici la consumul de tutun, alcool sau droguri, având drept consecință compromiterea stării de sănătate sau producerea de disfuncții comportamentale. Abuzul cronic de substanțe poate determina devieri importante a dezvoltării psiho-sociale (Iordăchescu, 1998).

3.6.3. Cauze și factori favorizanți

Nu există o cauză singulară care determină abuzul de alcool sau dependența de droguri la vârsta adolescenței. Cercetări realizate asupra dependenței arată că există o predispoziție genetică pentru consumul de alcool și droguri. Aceasta înseamnă că, practic, tendința de a deveni alcoolic sau dependent de drog se moștenește.

Totuși, factorul determinant, care are o importanță covârșitoare în a face o persoană să devină sau nu dependent de alcool sau drog este mediul, contextul social în care aceasta trăiește și se dezvoltă. Astfel, se consideră că cel mai important predictor pentru evoluția unui copil înspre un viitor consumator de alcool sau drog este apartenența la o familie în care există cel puțin o persoană alcoolică sau dependentă de droguri (de obicei este vorba de unul dintre părinți).

Alți factori care pot contribui în mod semnificativ la angajarea în acest tip de comportament sunt: existența unui stil parental deficitar, apartenența la un grup de prieteni în care se consumă droguri sau alcool, se fumează sau se utilizează diverse substanțe (chiar și cu moderație), probleme psiho-sociale diverse (Webber, 1991; Burgess, Hartman & McCormack, 1987) sau caracteristici psiho-individuale specifice.

3.6.4. Stadiile abuzului de substanțe

În literatura de specialitate, există modalități diferite de a descrie stadiile consumului de substanțe.

Modelul Transteoretic a lui Prochaska și DiClemente (1983) este un model bio-psiho-social care conceptualizează procesul unei schimbări de comportament, și care poate explica și modalitatea de a ajunge la abuzul de substanțe; cu alte cuvinte, teoria menționează că există cinci etape prin care se poate efectua o schimbare de comportament în viața unui individ: precontemplare, contemplare, determinare (decizie), acțiune, menținere și încheiere acestea sunt etapele progresului comportamental și recăderea indicată ca reluarea stadiilor de acțiune sau menținere.

Referindu-se strict la consumul de droguri, Iordăchescu (1998) descrie următoarele stadii:

- Stadiul 1: *Experimentarea*. Debutul se face sub presiunea colegilor și determină schimbări comportamentale minore. Adolescentul se luptă între euforia determinată de drog și sentimentul vinovăției.
- Stadiul 2: *Ameliorarea stresului.* Utilizarea se face mai des și chiar atunci când este singur. Adolescentul își face rezerve de droguri și relațiile de prietenie încep se grupează pe criteriul consumului de droguri.
- Stadiul 3: *Abuz regulat.* Adolescentul se implică în societatea ce practică consumul de droguri: toți sau aproape toți tovarășii de grup se droghează.

Problemele comportamentale sunt cronice, putând include probleme cu legea. Apar depresia cauzată de lipsa de droguri și nevoia de bani mai mulți pentru a-și întreține obiceiul.

- Stadiul 4: *Dependența*. Drogul este folosit acum pentru a preveni depresia. Adolescentul poate părăsi școala și se comporamentul său afectează evoluția (sau chiar actionează voluntar pentru distrugerea) dinamicii familiei. Apar modificări fizice și psihologice: pierdere ponderală, oboseală, tuse cronică.

3.6.5. Situația în România

În ultimii ani, în România, folosirea substanțelor în rândul adolescenților și tinerilor a înregistrat creșteri constante. În general, băieții consumă mai frecvent substanțe decât fetele, exceptând amphetaminele, barbituricele și tranchilizantele pe care fetele le folosesc la fel de mult sau mai mult decât băieții.

De asemenea băieții consumă mai mult alcool, în timp ce fetele fumează mai mult decât băieții. Mai jos, vom prezenta statisticile care vin să sublinieze situația și evoluția acestui fenomen prezent în rândul adolescenților și tinerilor.

3.6.5.1. Consumul de tutun

Conform Eurobarometrului 2017, realizat de Comisia Europeană și publicat cu ocazia Zilei Mondiale fără Tutun, în România consumul de tutun se mentine încă relativ ridicat, cu o prevalență a fumatului de 28% în rândul celor cu vârsta peste 15 ani, aproape de media europeană (26%).

România se află pe locul 9 la consumul de tutun în Uniunea Europeană, raportul european aratând că procentul tinerilor consumatori de tutun cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani a crescut de la 25% în 2014, la 29% în 2017. Datele subliniază debutul precoce, atât în România, cât și la nivelul Uniunii Europene și arată existența unui procent important de tineri care continuă să fumeze, în ciuda intrării în vigoare a legii antifumat (Eurobarometrul 2017, apud Barna & Lungu – Analiza de situație Ziua Națională Fără Tutun, 2018).

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD – 2015) arată că jumătate (51,7%) dintre elevii de 16 ani din România au

fumat cel puțin o dată în viață, aproape o treime (30,1%) au fumat în ultima lună, iar un elev din cinci a fumat zilnic (19,8%).

Consumul de tutun de-a lungul vieții în rândul adolescenților s-a înscris pe o linie descendentă începând din 2003, scăzând succesiv de la 64%, la 54% în 2007, respectiv la 52% în 2011, pentru ca în anul 2015 să se mențină la aceeași valoare (51,7%). Cu toate acestea, consumul de țigări în ultimele 30 de zile își menține tendința ascendentă observată în 2011, crescând de la 29%, la 30,1%. Totodată, consumul zilnic de țigări în ultimele 30 de zile a crescut în 2015 față de 2011, de la 18,4% la 19,8% (Eurobarometrul 2017, apud Barna & Lungu – Analiza de situație Ziua Națională Fără Tutun, 2018).

Conform Raportului Național Antidrog (ANA, 2017), cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 7 ani, media vârstei de debut fiind de aproape 18 ani. Analiza mai indică faptul că mai mult de jumătate dintre respondenți au declarat că au fumat pentru prima dată în intervalul 15–19 anișI înregistrează un procent îngrijorător legat de apariția acestui comportament înaintea împlinirii vârstei de 14 ani (16,4%).

Dacă în ceea ce privește consumul de tutun de-a lungul vieții cea mai mare valoare a consumului de tutun a fost înregistrată în 2003, celelalte două variabile considerate în analiză – fumatul în ultima lună, respectiv fumatul zilnic – au înregistrat cele mari valori în anul 2015, an în care s-au mai înregistrat și creșteri ale prevalențelor consumului de tutun în rândul băieților, comparativ cu cele înregistrate în rândul fetelor (Barna & Lungu – Analiza de situație Ziua Națională Fără Tutun, 2018).

Prevalența consumului de tutun până la vârsta de 16 ani a fost de 52,8% în rândul băieților, față de 50,5% în rândul fetelor, aceste valori situându-se peste valorile medii europene: 47,3% băieți și 43,9% fete. Prevalența consumului de tutun în ultimele 30 zile a fost de 30,6% în rândul băieților, în timp ce, în rândul fetelor s-a înregistrat un procent de 29,4%, ceea ce înseamnă că fetele tind să adopte același comportament de consum ca și băieții în ceea ce privește fumatul. Și aici, valorile înregistrate în România se poziționează peste mediile europene: 21,6% – băieți și 21,2% – fete. 21,3% dintre tinerii participanți la studiu fumează zilnic, comparativ cu fetele (18,3%), pentru ambele sexe, fumatul zilnic situându-se peste mediile europene: 13,4% băieți și 11,5% fete (Barna & Lungu – Analiza de situație Ziua Națională Fără Tutun, 2018).

Totodată, s-a mai observat că 23% dintre adolescenți au fumat prima țigară înainte să împlinească vârsta de 14 ani, iar vizavi de consumul zilnic de țigări la vârsta de 13 ani sau mai devreme, se remarcă o creștere mai accentuată în cazul băieților – de la 5% în 2011, la 7% în 2015, în timp ce, în cazul fetelor, se înregistrează o creștere de la 3%, în 2011, la 3,8% în 2015 (Barna & Lungu – Analiza de situație Ziua Națională Fără Tutun, 2018).

Deși consumul de tutun în rândul adolescenților din România s-a înscris pe o linie descendentă începând din 2003, în 2015 s-a aflat peste mediile europene, pentru toate perioadele de referință: consumul de tutun de-a lungul vieții – 51,7% față de 45,6% la nivel european, consumul de tutun în ultimele 30 zile – 30,1% față de 21,4% și consumul de tutun zilnic în ultimele 30 zile – 19,7% față de 12,4%. Totodată, se observă valori mai mari ale consumului de tutun în rândul băieților, comparativ cu cele înregistrate în rândul fetelor, însă pentru ambele sexe, adolescenții din România se situează peste valorile medii europene (Barna & Lungu – Analiza de situație Ziua Națională Fără Tutun, 2018).

3.6.5.2. Consumul de alcool

În timp ce consumul mediu de alcool în UE a scăzut, ponderea adolescenților și adulților tineri afectați de efectele consumului nociv de alcool a crescut în ultima decadă în numeroase state UE. Populația europeană tânără reprezintă în mod particular o populație la risc, cu o mortalitate de peste 10% în rândul femeilor și aproximativ 25% în rândul bărbaților în vârstă de 15–29 ani, ca urmare a modelelor de consum nociv de alcool (Commission of European Communities, 2006).

Conform ESPAD 2011, în toate țările europene, cu excepția Islandei, peste 70% din adolescenții în vârstă de 15–16 ani au consumat alcool cel puțin o dată în viață. În peste 50% din cazuri, preferințele băieților se îndreaptă spre bere, iar ale fetelor spre băuturile spirtoase. Evaluarea frecvenței consumului de alcool indică 79% din adolescenți ca fiind consumatori de alcool în ultimele 12 luni și 37% în ultimele 30 zile. (Steffens & Sarrazin, 2016, p. 13, apud INSP-Analiză de situație, 2017, p.9).

„Aproximativ 60% din adolescenți au început să consume alcool înaintea vârstei de 13 ani, iar 12% din aceștia au experimentat primul episod de

ebrietate la această vârstă. Identificarea vârstei de debut a consumului de alcool este esențială în planificarea strategiilor de intervenție, în condițiile în care debutul consumului de alcool înaintea vârstei de 15 ani este asociat cu un risc de 4 ori mai mare de a dezvolta dependență la alcool de la o vârstă tânără, iar consumul de alcool înaintea vârstei de 13 ani induce un risc de 7 ori mai mare de a adopta un model de consum excesiv de alcool față de adolescenții care încep să consume alcool după vârsta de 17 ani." (Steffens & Sarrazin, 2016, p. 13, apud INSP-Analiză de situație, 2017, p.9).

Consumul de alcool la petreceri este adesea însoțit de utilizarea de droguri recreaționale, sporind riscurile consecințelor negative. În acest context, perspectivele politice trebuie să reflecte faptul că utilizarea combinată de droguri cu alcool a devenit o componentă cheie a problemelor legate de policonsumul de droguri cu care se confruntă societatea actuală. (Hibell et al, 2012, apud INSP – Analiză de situație, 2017, p.10).

„Aproape 64% din adolescenții și tinerii sub 25 ani consumă alcool pentru distracție, cu consecințe pozitive, iar 48% au afirmat că alcoolul îi ajută să uite de probleme. Doar 42% au admis că alcoolul poate avea efecte dăunătoare asupra sănătății. Posibilitatea ca alcoolul să fie cauza unor comportamente pe care „să le regrete mai târziu" sau al unei „stări proaste" este admisă de numai 35% din repondenți, iar „problemele cu poliția" și „a nu fi în stare să-și controleze consumul de alcool" sunt indicate de 19% din repondenți." (Hibell et al, 2012, apud INSP – Analiză de situație, 2017, p.10).

3.6.5.3. Consumul de substanțe

Cea mai mică vârstă de debut declarată pentru cannabis a fost 14 ani, iar media vârstei de debut, 21,3 ani, 35% dintre ei începând acest tip de consum la vârsta adolescenței (sub 19 ani), în timp ce, 43% au declarat debutul în consumul de canabis la vârste tinere, 20–24 ani (Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

Unul din 10 adolescenți și tineri cu vârste cuprinse între 15 și 34 ani au încercat de-a lungul vieții să fumeze canabis, unul din 20 a fumat în ultimul an și unul din 40 (2,5%) a declarat consum de canabis în ultima lună (Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

„Pentru consumul de ecstasy, cele mai multe persoane consumatoare se încadrează în grupa de 15–24 ani (0,7% și 0,3%), pe următorul loc situându-se cele din categoria 25–34 ani (0,6% și 0,2%).” (Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

Gruparea și analiza datelor pe nivelul educațional relevă cele mai înalte valori „pentru consumul de ecstasy la persoanele care au absolvit cel mult studii gimnaziale (0,6% în cazul consumului experimental și 0,3% pentru consumul în ultimul an), în această categorie înscriindu-se și cei care la momentul realizării studiului erau liceeni. Pe poziția a doua, atât pentru consumul experimental, cât și pentru cel recent, se situează respondenții care au declarat studii liceale și postliceale (0,4%, respectiv 0,1%). Populația cu un nivel de școlaritate ridicat a menționat doar consum experimental (0,4%)” (Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

Cea mai mică vârstă de debut înregistrată pentru consumul de ecstasy a fost la 15 ani, iar cea mai mare la 29 ani. Deși nu se înregistrează debut precoce (înainte de 14 ani) în consumul de ecstasy, proporția celor care au început acest tip de consum la vârste cuprinse între 15 și 19 ani este de 34,6%” (Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

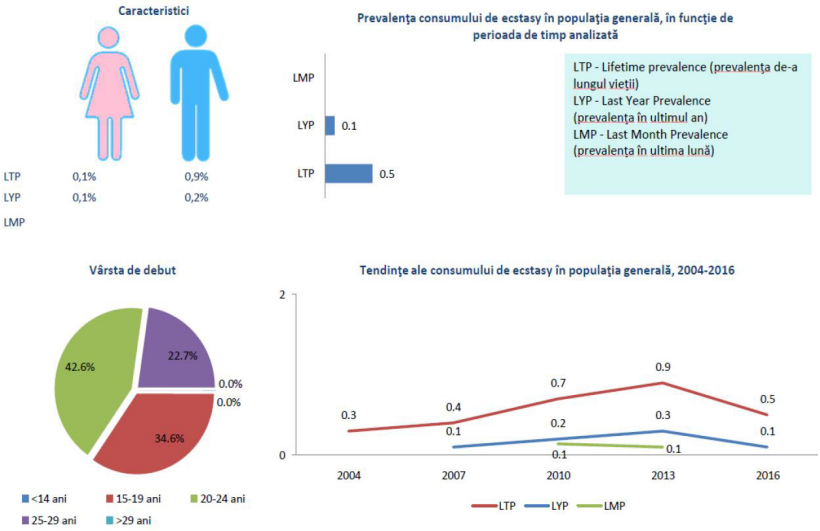

Fig. 8. ***Prevalența și tendințele consumului de ecstasy***
Sursa: ANA, Raport Național privind situația drogurilor 2017

„Deși consumul de cocaină se regăsește într-o proporție de 0,7% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani, el este specific în special adulților tineri (15–34 ani), care au experimentat consumul de cocaină/crack în proporție de 1%, iar 0,2% dintre ei au consumat acest drog în ultimul an.” (Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

Pentru heroină, cea mai mică vârstă de debut este de 16 ani, media vârstei de debut fiind de 22 de ani. O treime dintre respondenți (33%) au început acest tip de consum la vârste foarte fragede (sub 19 ani), în timp ce 46,1% au declarat debut în consumul de heroină între 20–24 ani (ANA, 2017).

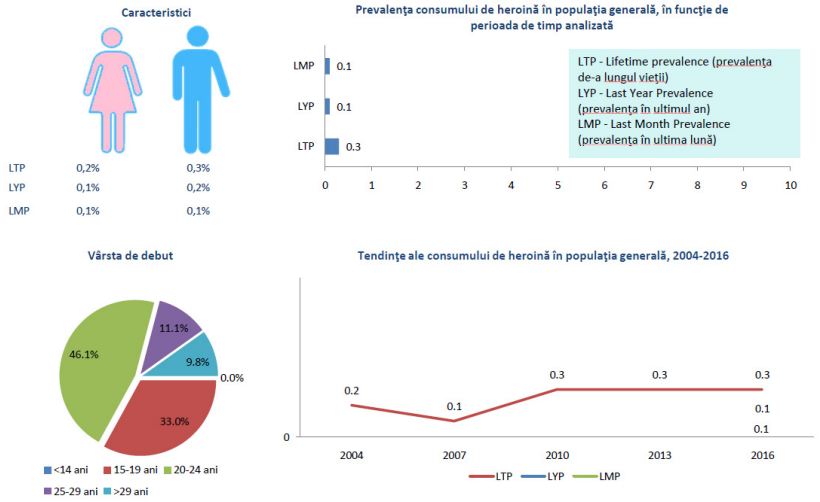

Fig. 9. ***Caracteristici ale consumului de heroină în populația general***
Sursa: ANA – Raport Național privind situația drogurilor 2017

Consumul de NPS (substanțe psihoactive noi) este experimentat cu precădere de populația tânără, aproape toți consumatorii (91%) debutând în intervalul de vârstă 15–24 ani, numărul de băieți consumatori de NPS fiind dublu față de fete la aceeași categorie. Prevalențe înalte ale consumului de NPS în funcție de vârstă se înregistrează în rândul populației tinere: 5% dintre tinerii de 15–24 ani declară consum experimental, 2,1% consum actual și, 0,6% dintre ei, consum recent (Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

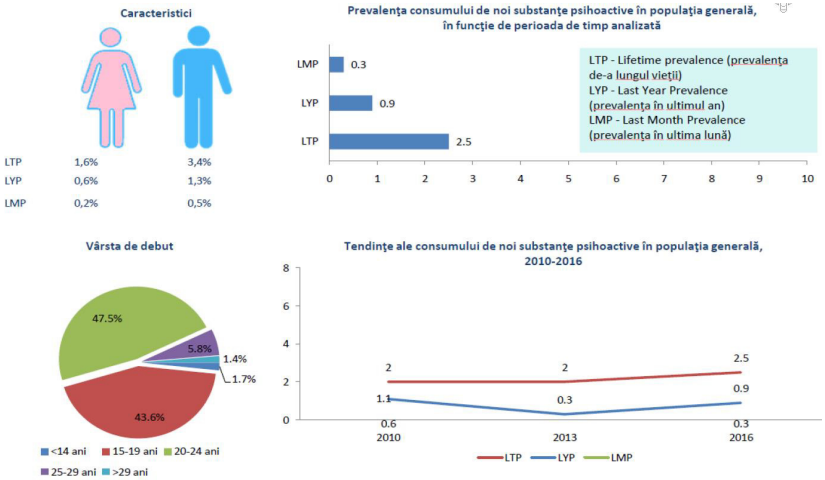
Caracteristici
LTP 1,6% 3,4%
LYP 0,6% 1,3%
LMP 0,2% 0,5%
Prevalența consumului de noi substanțe psihoactive în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată
LMP 0.3
LYP 0.9
LTP 2.5
LTP - Lifetime prevalence (prevalența de-a lungul vieții)
LYP - Last Year Prevalence (prevalența în ultimul an)
LMP - Last Month Prevalence (prevalența în ultima lună)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Vârsta de debut
47.5%
5.8%
1.4%
1.7%
43.6%
<14 ani
15-19 ani
20-24 ani
25-29 ani
>29 ani
Tendințe ale consumului de noi substanțe psihoactive în populația generală, 2010-2016
8 6 4 2 0
2 2 2.5
1.1 0.3 0.9
0.6 0.3
2010 2013 2016
LTP LYP LMP

Fig. 10. ***Prevalența și tendințele consumului de noi substanțe psihoactive***
Sursa: ANA, Raport Național privind situația drogurilor 2017

Noile substanțe psihoactive experimentate de participanții la studiu au fost: substanțele sintetice (1,3%), ierburi (0,7%), piperazine (0,4%), GLB (0,4%), spice (0,3%, ketamină (0,3%), Nexus (0,2%), mefedrona (0,2%)". (ANA, 2017, apud Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

În ceea ce privește consumul de medicamente fără prescripție medicală, la nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de tranchilizante, sedative și antidepresive de 3,9%, cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 12 ani, iar procentul de 15,6% dintre cei chestionați care au început acest tip de consum la vârste foarte fragede (sub 19 ani), este unul îngrijorător.

La nivelul anului 2016, s-a constatat o triplare a consumului de tranchilizante, sedative și antidepresive, comparativ cu anul 2013 (ANA, 2015, ANA, 2017 apud Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara, 2018).

3.6.5.4. Intervenții de prevenire selectivă

Conform ANA (2017, p.73), „prevenirea selectivă presupune intervenții adresate unor grupuri specifice sau comunități în care, datorită unor situații de vulnerabilitate crescută, culturale, sociale sau economice există

posibilitatea apariției și dezvoltării comportamentelor de consum de droguri. Aceste grupuri vulnerabile sunt identificate pe baza evidențelor științifice și a factorilor de risc sociali, demografici sau de mediu, corelați cu tendințele consumului de droguri, iar subgrupurile adresabile pot fi identificate pe baza zonelor de reședință sau a situației familiale (zone cu infracționalitate crescută, nivel economic scăzut, medii punitive)".

Pentru aceasta, în România, proiectul FRED GOES NET – „Intervenții timpurii pentru consumatorii de droguri care au fost identificați/depistați pentru prima oară" corespunde Planului de Acțiune pentru Implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013–2016, a activității A.1.2.2. – „Implementarea de proiecte naționale și locale de prevenire indicată a consumului de droguri adresate elevilor din învățământul preuniversitar și universitar, aflați la debutul consumului de tutun, alcool, droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive", publicate în Monitorul Oficial al României, partea I, Nr. 702 bis/15.12.2013 (ANA, 2017)

Astfel, în 2016, pe parcursul celei de-a VI-a ediții a proiectului, au avut loc 40 cursuri, care au avut ca obiective specifice:

- întărirea parteneriatelor locale în vederea asigurării sistemului de referire către CPECA/ Cursurile FRED
- promovarea Cursurilor FRED în rândul populației școlare (directori, consilieri școlari, diriginți, părinții etc.)
- susținerea de Cursuri FRED la nivel local.

Conceptul proiectului este centrat pe organizarea unor sesiuni de informare a grupului țintă în legătură cu aspecte de ordin normativ in materia consumului de droguri și în ceea ce privește riscurile consumului de droguri, în special canabis, dar și sesiuni interactive de formare de abilități de coping (rezolvarea problemelor, adoptarea deciziilor, comunicare interpersonală etc) (ANA, 2017).

Grupul țintă a fost format din 644 adolescenții și tinerii care au consumat droguri și au fost identificați la primul istoric de consum, dar care nu au devenit încă dependenți. Accentul s-a pus pe adolescenții și tinerii cu vârsta cuprinsă între 14–21 ani, cu posibilitatea extinderii până la 25 ani (ANA, 2017).

Principalele site-uri care oferă informații în domeniul cercetării privind consumul de droguri

- Agenția Națională Antidrog
- Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice
- Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale
- Ministerul Sănătății
- ALIAT
- ARAS
- Romanian Harm Reduction Network
- Carusel

Principalele instituții/organizații care realizează cercetări în domeniu

- Agenția Națională Antidrog
- Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”
- Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici” București
- Insitutul de Cercetare a Calității Vieții
- Institutul de Sociologie al Academiei Române
- Universitatea de Medicină și Farmacie București
- Universitatea București
- Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București
- Romanian Angel Appeal
- Asociația Română Anti-SIDA • Asociația Carusel
- Romanian Harm Reduction Network
- Asociația pentru Apărarea Drepturilor Omului în România – Comitetul Helsinki

Partea a IV-a.
Fragilitate și risc – tulburări asociate dezvoltării în adolescență și tinerețe

4.1. Tulburările de alimentație

4.1.1. Condiții și caracteristici favorizante

Rapoarte ale APA (2002) indică faptul că aproape 20% dintre fetele cu vârste cuprinse între 12–18 ani au comportamente alimentare nesănătoase.

Utilizând criterii de diagnoză și statistică a tulburărilor psihice (ediția a patra) (DSM IV), estimările privind prevalența pe viață a anorexiei nervoase, a bulimiei nervoase și a tulburărilor de alimentație la femeile din Europa și Statele Unite sunt de 0,9%, 1,5% 3,5%, respectiv; bărbații din același studiu au avut estimări de prevalență de 0,3%, 0,5% și 3,5% (Hudson, Hiripi, Pope et al., 2007, apud Carson, Benowitz-Fredericks, Garcia, Massey, et al., 2012).

În Australia, anchetele transversale au arătat că prevalența comportamentelor alimentare dezordonate, cum ar fi bingingul, purjarea și dieta strictă, s-au dublat între 1995 și 2005; această a fost atribuită creșterii preocupării publice legtă de greutate. Cu toate acestea, cifrele de prevalență sunt dificil de comparat deoarece variază foarte mult între țări și studii din cauza diferențelor socio-culturale ale valorilor de bază și a variațiilor metodelor de studiu (Carson et al., 2012). Unele dintre aceste adolescente dezvoltă tulburări serioase ale comportamentului alimentar, cum sunt anorexia nervoasă sau bulimia. În cazul fetelor, factorii de risc pentru dezvoltarea tulburărilor de alimentație includ de foarte multe ori un nivel scăzut al stimei de sine, abuzul fizic sau sexual în copilărie, maturizare sexuală precoce, sau tendințe spre perfecționism (APA, 2002).

Câteva caracteristici psiho-emoționale specifice sunt discutate în continuare.

Perfecționismul

Mulți dintre adolescenții care suferă de tulburări de alimentație sunt perfecționiști și au performanțe înalte în diferite domenii. De obicei, tocmai fetele cele mai inteligente și atragătoare sunt cele care se angajează în competiția pentru a deveni mai suple. Dorința lor de obține performanța inclusiv în acest domeniu − a deveni cele mai suple, conduce adesea la obiceiuri și atitudini distructive față de sănătate. Un studiu longitudinal al perfecționismului în anorexia nervoasă publicat în 2008 în „European eating disorders review" arată că nivelurile perfecțiunii au rămas la fel în timp ce simptomele tulburărilor alimentare și simptomele psihiatrice au scăzut în timpul recuperării. Nivelurile perfecționismului au fost invers proporționale cu durata remisiunii, astfel încât persoanele care au avut o durată scurtă de boală au avut niveluri mai scăzute de perfectionism la ambele monitorizări. Pacienții cu niveluri inițiale ridicate de perfecționism, spun conducătorii studiului, pot fi expuși riscului unei lungi perioade de boală și recomandă clinicienilor să le recunoască.

Tendințele perfecționiste sunt de multe ori întărite prin simplul fapt că adolescenta primește complimente cu privire la înfățișare sau greutate (Czyzewski & Suhr, 1988), în timp ce încearcă să atingă perfecționismul în toate domeniile vieții sale.

Atunci când constată că a eșuat în atingerea perfecțiunii, pedeapsa auto-impusă constă adesea în înfometare sau neacceptarea hranei, cu consecințe importante asupra sănătății fizice (dezhidratare, dezechilibru hormonal, lipsa principalelor minerale din corp, afecțiuni ale organelor vitale, uneori chiar decesul).

Stima de sine scăzută

Sentimentele de inadecvare sunt obișnuite la tinerii care suferă de tulburări alimentare: ei au o imagine de sine slabă sau negativă, o percepție distorsionată a propriei persoane și manifestă credința irațională că sunt grași indiferent de modul în care arată; trăiesc un sentiment de gol interior, de nesiguranță și neajutorare, de lipsă de încredere în sine (Bruch, 1988); de obicei, se tem că ceilalți îi consideră proști, slabi sau fără valoare și cred despre sine că nu merită să fie fericiți.

Depresia

Oscilațiile emoționale, lipsa de speranță, anxietatea, izolarea și sentimentele de singurătate sunt trăiri obișnuite ale persoanelor care suferă de tulburări alimentare. Atât anorexicii cât și bulimicii sunt iritabili, nesociabili, indiferenți mai ales față de membrii familiei. Adesea se simt fără valoare, inferiori și se plâng permanent că sunt „prea slabi" sau „prea grași".

Obsesiile

Adolescenții anorexici prezintă o preocupare obsesivă pentru hrană, calorii, cantitatea de grăsime și greutate. Greutatea devine cel mai important atribut pentru auto-definirea persoanei.

Sentimentele de vinovăție

Adolescenții cu tulburări de alimentație se simt adesea foarte vinovați și cred că nu se pot ridica la așteptările celorlalți. Ca urmare, adolescentul face eforturi excesive pentru a obține un corp perfect și pentru a căpăta sentimentul de control asupra propriei persoane.

Reversul medaliei: începe să aibă sentimente de vinovăție cu privire la obiceiurile sale alimentare (Pipher, 1994), iar minciuna devine un instrument esențial: minciuna despre consumul diferitelor alimente sau lipsa acestora apare aproape zilnic, ca și utilizarea de substanțe diuretice, laxative, vomitive, exercițiul fizic excesiv pentru a induce pierderea de greutate (Schlundt & Johnson, 1990).

Este important să subliniem faptul că adolescenții care suferă de tulburări de alimentație, atât fete cât și băieți, au de cele mai multe ori o greutate normală mai ales că îngrășarea pe fondul schimbărilor hormonale este frecventă. Greutatea reprezintă doar un simptom fizic al tulburării alimentare și, de fapt, aceasta este expresia unor probleme emoționale profunde: stimă de sine scăzută, depresie, imagine de sine proastă, ură îndreptată împotriva propriei persoane, etc.

Pe acest fundal, obsesia pentru a fi mai slab reprezintă un efort disperat pentru a masca toate acestea (Bruch, în Czyzevski & Suhr – Editors., 1988). Chiar dacă la suprafață, tulburările alimentare pot să pară mai puțin periculoase decât alte probleme comportamentale ale adolescenței, de cele mai multe ori ele conduc la probleme emoționale mult mai serioase

și boli psihice care devin greu de tratat, cu probabilitate tot mai crescută de a se îndrepta spre un sfârșit tragic.

4.1.2. Tipuri de intervenție

Studiile prospective sugerează că patologia alimentară este cel mai probabilă să apară între vârstele de 15 și 19 ani la fete adolescente (Lewinsohn et al., 2000; Stice, Killen, Hayward, & Taylor, 1998) și că ratele de patologie alimentară sunt foarte scăzute în timpul perioadei de adolescență timpurie (Keel, Fulkerson, & Leon, 1997; Stice, Presnell & Bearman, 2001). S-a presupus că programele de prevenire sunt cele mai eficiente atunci când sunt livrate în timpul perioadei de dezvoltare în care apare afecțiunea patologică (Maggs, Schulenberg, & Hurrelmann, 1996, apud Stice & Shaw, 2004). În concordanță cu această afirmație, experiența clinică sugerează că adolescenții mai tineri de 15 ani adesea nu au suferit dificultăți suficiente pentru a-i motiva să se angajeze într-un program conceput pentru ameliorarea și prevenirea tulburărilor de imagine corporală și de alimentație (Stice & Shaw, 2004).

De asemenea, spun autorii studiului de meta-analiză a programelor de prevenire a tulburarilor de alimentatie condus de Stice și Shaw la Universitatea din Texas în 2004, adolescenți mai tineri posedă o înțelegere limitată privind problematica deoarece abilitățile lor abstractizate și capacitățile de elaborarea raționamentelor sunt încă în curs de dezvoltare, ceea ce ar putea constrânge capacitatea lor de a beneficia de intervenții.

În ceea ce privește prevenția noi considerăm că dimpotivă angajarea tinerilor din intervalul de vărstă antemergător celui afectat, în programe de psihoeducație cu rol de prevenție ar putea avea efecte pozitive pe termen lung, dar desigur aceste presupuneri merită cercetate.

O altă meta-analiză a programelor de prevenire de data aceasta a abuzului de substanțe, a constatat că programele interactive au fost mai eficiente decât programele didactice (Tobler et al., 2000). Conform studiului, participanții la programe interactive manifestă efecte de intervenție mai mari, deoarece acest format de prezentare îi ajută să devină angajați în conținutul programului, ceea ce facilitează dobândirea de competențe și schimbarea atitudinii. Programele interactive sunt de asemenea mult mai probabil să implice exerciții care permit participanților să aplice abilitățile predate

în intervenție și care ar trebui să faciliteze dobândirea de competențe. În consecință, autorii anticipează că programele interactive ar fi mai eficiente decât programele didactice.

În plus, intervențiile în baza a mai multe sesiuni, care de obicei implică cel puțin trei sesiuni de o oră care se desfășoară săptămânal, permit participanților să reflecteze asupra materialelor de intervenție între sesiunile de lucru, maximizând astfel internalizarea informațiilor. Mai mult, intervențiile în mai multe sesiuni dau șansa participanților să încerce noi abilități și apoi să se întoarcă la grup pentru intervenție de control.

Un alt factor important care ar trebui să determine dacă un program produce efecte de intervenție este conținutul intervenției. Teoretic, intervențiile care vizează factorii de risc stabiliți pentru tulburările de alimentație vor fi mai eficiente decât cele care se concentrează pe factori de risc,alții decât cei stabiliți (Stice, Mazotti, et al., 2000 apud Stice & Shaw, 2004). Mai general, cercetarea a indicat referitor la conținutul psihoeducational că este ineficient în producerea schimbării comportamentale (Clarke, Hawkins, Murphy, & Sheeber, 1993, Larimer & Cronce, 2002 apud Stice & Shaw, 2004). În consecință, programele care s-au axat pe creșterea rezistenței la presiuni socio-culturale pentru imaginea corporală idealizată, stima de sine și abilități sănătoase de gestionare a greutății ar produce efecte de intervenție mai mari decât programele care nu s-au concentrat pe acești factori (Stice & Shaw, 2004).

În schimb, așteptarea a fost ca programele care se concentrează pe stres și abilitățile de coping să fie asociate cu efecte de intervenție mai mici decît datele obținute, deoarece aceste variabile nu sunt stabilite ca factori de risc pentru tulburări de nutriție. Programele care au produs cele mai promițătoare efecte includ intervenții cognitive care modifică atitudini nepotrivite, cum ar fi internalizarea imaginii ideale sau nemulțumirea față de imaginea corpului și intervențiile comportamentale care alterează comportamente maladaptive, cum ar fi postul alimentar și supraalimentarea. În consecință, cercetările ar trebui să continue să investigheze aceste diferite intervenții promițătoare (Stice & Shaw, 2004).

4.2. Depresia și suicidul în adolescență

European Psychiatric Association în „EPA guidance on suicide treatment and prevention"(2011), arată că o tulburare psihiatrică este prezentă la până la 90% dintre persoanele care au suferit o sinucidere. Comorbiditatea cu depresia, anxietatea, abuzul de substanțe și tulburările de personalitate este mare. Pentru a realizarea unei preveniri reușite a comportamentului de suicid, sunt esențiale proceduri adecvate de diagnosticare și tratament.

În adolescență, componenta energetică a personalității evoluează predominant sub semnul sexualizării organismului și al erotizării relațiilor, rezultatul fiind o viață afectivă fragilă și labilă, adesea contradictorie. Ca urmare, stările emoționale ale adolescentului oscilează adesea „...între un optimism extrem și cel mai întunecat pesimism. Uneori lucrează cu entuziasm neobosit, iar alteori sunt leneși și apatici" (Anna Freud, 2002, p.113).

Există momente în care anxietatea adolescentului, hipersensibilitatea, tendința spre reverie și ruminație – care compun fondul său afectiv – pot atinge valori critice în care tânărul neînțeles sau lipsit de sprijinul celor apropiați poate recurge la soluții extreme și definitive, cum este suicidul.

4.2.1. Stările depresive

Sentimentul de tristețe este doar unul dintre simptomle depresiei; depresia este o tulburare psihologică complexă, ale cărei efectele se manifestă atât la nivel fizic, cât și emoțional. Prezentăm mai jos o sinteză a caracterisiticilor adaptate după J. Dumas (2010) în „Psychopatologie de l'enfant et de l'adolescent":

- Trăirea constantă (se manifestă zilnic o perioadă între de două săptămâni și două luni) a sentimentului de tristețe și deprimare, a senzației de a fi „prăbușit", stări caracterizate de sentimentul inutilității acțiunilor sau a sinelui. Este necesară precizarea că pentru copii și adolescenți sunt mai prezente stările de furie, iritabilitate sau frustrare, cu frecvență mare chiar și la lucruri minore.
- Pierderea interesului față de viață și incapacitatea de a se bucura de lucruri sau activități considerate anterior plăcute, (raportată zilnic de subiect sau observată de aparținători).

- Senzația de gol interior asociat cu suferință
- Senzația permanetă și nejustificată de oboseală, de epuizare, astfel încât cea mai simplă sarcină necesită un efort considerabil, scăderea motivației și a energiei, dificultăți de concentrare.
- Un nivel scăzut al stimei de sine, cu sentimentul de fi inutil, fără valoare; pierderea încrederii în sine și nesiguranță cu privire la propria înfățișare,
- Sentimente de vinovăție datorită amplificării și importanței exagerate acordate unor incidente trecute.
- Sentimentul de neliniște interioară care împiedică persoana să se odihnească și să se relaxeze.
- Modificări ale comportamentului alimentar, de obicei pierderea apetitului însoțită de scădere în greutate.
- Schimbări drastice ale programului de somn și apariția insomniei matinale (persoana se trezește foarte devreme, cu o oră sau două mai devreme decât de obicei și nu mai poate adormi din nou).
- Preferința pentru singurătate, nevoia de izolare față de oameni și apariția iritării în prezența altor persoane.
- Dorința de a muri sau de a-și pune capăt vieții (ideația suicidară) apare la cei mai mulți oameni cu depresie severă.

Aceste tendințe trebuie tratate cu toată seriozitatea, adolescentul având senzația că nu mai are resurse pentru a face față solicitărilor vieții, că nimic și nimeni nu îl/o poate ajuta.

Așa cum se observă din lista de mai sus, există manifestări diverse ale depresiei, iar cauzele care o provoacă și traseul dezvoltării acesteia sunt uneori dificil de identificat. Unele dintre acestea țin de sentimente, emoții și interpretări personale: auto-blamarea și învinovățirea pentru eșec (fie el reală sau imaginară), nevoia de aprobare socială și de suport din partea familiei, sentimente de inadecvare, sentimente reprimate sau negative față de ceilalți, pierderea sentimentului de utilitate personală și a stimei de sine etc.

Pe de altă parte, există factori situaționali care se conjugă cu factorii amintiți anterior, slăbind forța Eului: despărțirea și încheierea unei relații, divorțul părinților sau separarea acestora, moartea unei persoane iubite, sau chiar stressul academic.

4.2.2. Comportamentul suicidar

Suicidul ca fenomen

Suicidul este o problemă majoră de sănătate publică în regiunea europeană despre care OMS raportează că înregistrează peste 150.000 de decese pe an (Wasserman, Rihmer, Rujescu et.al., 2012)

Conform Organziației Mondiale a Sănătății (WHO, 2018), anual, aproape 800 000 de decese apar în urma încercarilor de suicid; de asemenea, sunt multe cazuri și de tentative de suicid nesoldate cu deces. Fiecare tentativă de suicid este o tragedie care afectează familiile, comunitățile și au efect pe termen lung asupra persoanelor lăsate în urmă.

Suicidul apare ca fenomen pe toată perioada de dezvoltare a vieții și reprezintă a doua cauză de deces printre adolescenții și tineri cuprinși în intervalul de vârstă 15–29 ani, la nivel global, în 2016. Suicidul este un fenomen care apare în toate regiunile lumii, este un fenomen global (WHO, 2018).

Suicidul reprezintă o problemă serioasă de sănătate publică, care poate fi prevenită prin intervenții timpurii, bazate pe dovezi științifice, care dealtfel, nu sunt atât de costisitoare (WHO, 2018).

Pentru România rata la 100.000 de locuitori este: bărbați 18.37, femei 3.55, total 10.63, pentru anul 2008.

Amploarea fenomenului suicidar a fost raportat ca îngrijorător și acum 20 de ani: în unele țări occidentale suicidul reprezenta a doua (Franța), respectiv a treia (USA) cauză de deces la adolescenți. Rapoarte publicate în SUA aratau că unul din trei adolescenți prezintă ideație suicidară, iar unu din șase încercă să se sinucidă (Steinberg, 1996).

Actul suicidar este un punct final care a fost precedat în timp de o serie de comportamente pe care toți autorii le numesc comportamente presuicidare. Acestea sunt adesea avertismente sau forme mascate de amenințare pe care, de multe ori, cei din jur nu le recepționează ca atare și nu realizează că cel care emite asemenea avertismente se află realmente în stare de pericol, că are nevoie de ajutor uman sau medical urgent.

4.2.2.1. Adolescenții în social media și accentuarea simptomatologiei

Conform sudiilor recente (Twenge et.al., 2018), începând cu anul 2010, adolescenți au petrecut tot mai mult timp în social media și folosind

dispozitive electronice, activități corelate pozitiv cu simptome depresive și rezultate legate de sinucidere.

De-a lungul acelorași ani, adolescenții au petrecut mai puțin timp pe activități non-ecran, cum ar fi interacțiunea socială în persoană, presa scrisă, sport/exercițiu și participarea la servicii religioase, activități corelate negativ cu simptome depresive (Twenge et.al., 2018).

Dacă creșterea timpului de folosire a ecranului a determinat scăderea activităților neselectate, timpul de folosire al noului suport media poate fi responsabil atât direct, cât și indirect pentru creșterea simptomelor depresive și a rezultatelor legate de sinucidere(Twenge et.al., 2018).

Studiul citat arată că astfel, creșterea numărului de cazuri în centrele de consiliere din liceu și de consiliere universitară poate fi cauzată de un număr mai mare de adolescenți IGen care se confruntă cu probleme de sănătate mintală, probabil din cauza schimbărilor profunde în modul în care adolescenții își petrec timpul liber.

Este important spun acești cercetători, ca noul timp dedicat ecranului media să fie înțeles ca un important factor de risc modern pentru depresie și sinucidere.

4.2.2.2. Educația publică și campaniile de informare

Campaniile de educație publică urmăresc îmbunătățirea recunoașterii riscului de sinucidere și a căutării de ajutor prin îmbunătățirea înțelegerii cauzelor și factorilor de risc pentru comportamentul suicidar.

Educația publică urmărește, de asemenea, reducerea stigmatizării bolilor mintale și a sinuciderii și încearcă reducerea stereotipiilor opiniei publice în ceea ce privește sinuciderea, printre care:

- acceptarea sinuciderii ca inevitabilă,
- ca trăsătură de caracter național sau etnic,
- ca o soluție adecvată la problemele de viață,
- sau soluție la condiții și afecțiuni medicale severe, cronice sau terminale.

Campaniile de educare în reducerea comportamentului suicidar au fost rar evaluate sistematic, la fel și cele de prevenție. Dovezile privind eficacitatea intervențiilor preventive de sinucidere la tineri sunt foarte rare. O meta-analiză recentă a identificat 15 studii relevante, însă a concluzionat

că nu a fost posibilă concluzia cu privire la eficacitatea diferitelor intervenții datorită unor limitări metodologice și inconsecvenței rezultatelor;

Există mai multe semnale de alarmă care atrag atenția asupra riscului de suicid al adolescentului, enumeram câteva dintre ele:

- semne serioase de depresie (enumerate mai sus),
- abuzul de alcool și/sau alte droguri, angajarea în comportamente de asumare a riscului (viteza și modalități periculoase de conducere a mașinii sau motocicletei, certuri și bătăi; acte și comportamente nocive pentru propriul corp etc.);
- exprimarea interesului pentru diferite modalități de a își pune capăt vieții, obținerea unui mijloc pentru a-și pune capăt vieții (substanțe chimice, medicamente, armă etc.);
- preocuparea constantă pentru moarte în muzică sau artă etc.
- tentativă de suicid anterioară

De obicei, o tentativă de suicid anterioară are o mare probabilitate de a conduce la o alta: statisticile arată că patru din cinci persoane care recurg la suicid prezintă cel puțin o tentativă de suicid anterioară (Steinberg, 1996).

Conduitele suicidare se pot împărți în categorii net distincte: în prima categorie intră acele cazuri în care dorința de moarte este intensă și determinarea este certă, ducând în acele cazuri la autodistrugere; în a doua categorie dorința de moarte este pe al doilea plan, pe primul plan fiind strigătul de ajutor. Altfel spus, în cele două cazuri extreme, unul este dirijat spre viață și spre necesitatea imperioasă de a comunica cu semenii.

Un studiu la nivel național din 2016, făcut de INSP – Centrul Regional de Sănătate Publică Cluj – Compartimentul de Copii și Tineret pentru identificarea comportamentelor de risc la copii și tineri, a arătat că în România aproape 8 din 100 liceeni au avut ideații suicidare, acest fenomen înregistrându-se în mod preponderent la fete; aproximativ 6 elevi din 100 și-au făsut un plan de sinucidere, iar dintre aceștia aproape 5,95% au avut tentative de suicid.

Studiul a mai concluzionat că este necesară diagnosticarea precoce și tratarea corecta a tulburărilor psihice cu debut la vârste tinere, pentru a putea preveni situațiile de suicid.

Atât pentru prevenție, cât și pentru intervenția în criza generată de tentativele de suicid, este necesar să avem în vedere descrierea câtorva categorii de factori implicați în aceste comportamente.

Au fost identificați doi factori cognitivi implicați în suicid la adolescenți: disperarea și rezolvarea de probleme.

Disperarea

Una dintre componentele cognitive prezente la adolescenții care au ideație suicidară sau care au avut tentative de suicid este *lipsa de speranță, disperarea*. Disperarea este o stare cognitivă aparte (care acompaniază de obicei depresia), foarte frecventă în rândul adolescenților predispuși la suicid, care îi determină să nu se aștepte la ceva bun de la viitor și să nu aibă expectanțe pozitive cu privire la atingerea scopurilor. În consecință și motivația scade foarte mult (Nock, 2014).

Cu toate acestea, disperarea nu constituie un predictor al suicidului, odată ce depresia este controlată (Esposito, et.al., 2003).

Rezolvarea de probleme

Cercetările au venit cu dovezi în sprijinul ideii că există o relație strânsă între capacitatea de a rezolva probleme și suicid (Speckens și Hawton, 2005). De foarte multe ori, adolescenții suicidari adoptă acest comportament pentru a rezolva problema cu care se confruntă sau pentru a ieși dintr-o situație resimțită ca fiind fără ieșire.

Cu alte cuvinte, suicidul devine o strategie de coping dezadaptativă, generată de incapacitatea adolescentului de a rezolva problema într-un mod satisfăcător sau de credința lui în propria incapacitate.

Statisticile au arătat că 68% dintre adolescenții care au avut tentative de suicid s-au așteptat ca acțiunea lor să rezolve problema cu care se confruntă fie prin deces, fie printr-o eliberare provizorie de factorii stresori, fie prin comunicarea suferinței către cei din jur, iar 38% dintre ei au apelat la suicid deoarece nu au putut fi în stare să se gândească la nicio altă posibilă soluție (Nock, 2014).

4.2.2.3. Factori de risc

Factori de risc din cadrul familiei

S-a observat că frecvența și intensitatea conflictelor dintre părinți și adolescenți, coeziunea slabă din cadrul familial, relațiile disfuncționale

între membrii familiei sunt factori frecvent întâlniți la adolescenții care au avut tentative de suicid, comparativ cu grupurile de control (Nock, 2014).

Această categorie poate fi abordată pe două direcții: transmiterea comportamentelor suicidare de la părinți la copil și abuzul fizic și sexual în copilărie.

a. Transmiterea comportamentelor suicidare de la părinte la copil

O serie de studii pe gemeni dați spre adopție la familii diferite au arătat faptul că comportamentul suicidar se transmite de la părinte la copil, prin intermediul tendinței de agresivitate impulsivă. Tulburările mintale ale părinților (cum ar fi: tulburările afective, tulburările cauzate de abuzul substanțe și tulburările de personalitate) pot de asemenea să crească riscul de suicid la adolescent, alături de transmiterea familială a comportamentelor suicidare (Brent și Melhem, 2008; Brent et.al., 2002, Melham et.al. 2007, apud Nock, 2014).

b. Abuzul fizic și sexual din copilărie

Cercetările au arătat o legătură între abuzul din copilărie și dezvoltarea comportamentelor de suicid în adolescență.

King și Merchant (2008) au făcut o trecere în revistă a studiilor pe această temă și au remarcat că majoritatea studiilor sugera că abuzul în copilărie (abuzul sexual, fizic, sau neglijarea) constituie predictori ai comportamentelor suicidare în adolescență (Nock, 2014).

Totodată, există dovezi care arată că abuzul în copilărie influențează comportamentele suicidare fie prin componentele de impulsivitate și agresivitate, fie prin impactul negativ asupra dezvoltării neurobiologice (Brodsky și Stanley, 2008, apud Nock, 2014).

În familiile în care copiii au fost abuzați sexual, părinții au avut ei înșiși un istoric de abuz sexual, de boli psihice și au avut ei înșiși comportamente și gânduri suicidare, ceea ce vine în sprijinul ideii de transmitere a acestor comportamente de la părinte, la copil (Nock, 2014).

Expunerea la comportamentele suicidare

Teoria învățării sociale sugerează că aproape orice tip de comportament este învățat prin modelare. Din acest motiv, expunerea la comportamentul suicidar fie ea directă (cineva cunoscut se sinucide) sau indirectă (informații provenite din media), poate duce la imitarea acestui tip de comportament (Mercy et.al, 2001).

De exemplu, sunt numeroase cazurile în care a avut loc un val de sinucideri printre adolescenți în urma mediatizării excesive a sinuciderii unei persoane și a modului în care aceasta și-a elaborat și și-a pus în aplicare planul.

Ceea ce s-a mai observat a fost că dacă există o distanțare emoțională și temporală față de modelul de suicid, adolescenții au șansa să proceseze informațiile și să conștientizeze destul de bine consecințele unui astfel de gest.

4.2.3. Modele de intervenție în suicid

Cele mai comune tehnici de intervenție terapeutică în suicid sunt: întărirea capacității de modulare afectivă și cognitivă, încurajarea exprimării emoțiilor, monitorizarea gândurilor de suicid, a emoțiilor trăite și a comportamentelor, având ca obiective, excluderea suicidului ca opțiune în viitorul apropiat (statisticile au arătatat că în prima lună de la data la care un individ care a fost salvat de la sinucidere are o mare predispoziție de a repeta comportament suicidar) stabilizarea emoțională a adolescentului și scăderea probabilității de a mai adopta un comportament suicidar în viitor (Nock, 2014).

În ultima vreme, tehnicile CBT (terapia cognitiv comportamentală) au fost cel mai des folosite în acest tip de intervenție, atât de persoanele care acordă asistență de urgență (la fața locului), cât și de medicii psihiatri și de psihologi, deși o serie de studii a arătat că nu există diferețe semnificative între abordarea directivă (specifică mai mult tehnicilor CBT) și abordarea non directivă, ci ambele au rezultate bune în scăderea comportamentelor suicidare și îmbunătățirea stării psihice a pacienților (Nock, 2014).

Cu toate acestea, studiile au evidențiat inconsistența și inconstanța implicării pacienților cu suicid în terapie, aceștia întâmpinând dificultăți de angajament în procesul terapeutic, chiar dacă terapia se întinde pe aproximativ 3 luni (Quinn și Epstein, 1995, apud Nock, 2014).

Terapia individuală

Pentru a avea eficiență în intervenția asupra adolescenților suicidari, studiile au atătat că ea trebuie sa se desfășoare pe parcursul a minim 24 de ședințe, pe o perioadă de peste 3 luni, indiferent dacă folosim tehnici CBT sau tehnici suportive și non-directive (Donaldson et.al. 2005).

Terapia familiei

Studiul SNAP (Rotheram-Borus et.al., 1994) – la care au participat 140 de adolescente cu tentative de suicid și familiile lor – a urmărit rezultatele după cele 6 sesiuni de terapie de familie. Pe parcursul întâlnirilor s-a urmărit discutarea despre tentativa de suicid, dezvoltarea capacităților de rezolvare a problemelor prin role-play, modelare (imitare) și prin feedback. De asemenea, s-a urmărit învățarea capacităților de negociere și ascultare activă și a strategiilor de gestionare afectivă.

Rezultatele au arătat că nivelul global al simptomelor asociate suicidului a scăzut semnificativ, iar ideația suicidară a scăzut și ea la 6 luni de la începerea programului terapeutic. (Rotheram-Borus et.al., 1994).

Pentru grupul de control s-a folosit intervenția standard și nu s-au observat diferențe semnificative la nivel de ideație suicidară și de reîncercare de suicid (Rotheram-Borus et.al., 1994).

Terapia de grup

S-a descoperit că probabilitatea de a mai avea tentative de suicid în viitor scade la adolescenții suicidari care au participat la terapia de grup, comparativ cu adolescenții care au avut parte de intervenția standard (Wood et.al., apud Nock, 2014).

Pe de altă parte, deși au mai fost studii care au ajuns la concluzia celor de mai sus, rezultatele replicării acestui studiu în Australia au arătat contrariul, adica rata de repetare a suicidului era mult mai mica la intervenția standard, decât la terapia de grup (Hazel, et.al., 2009, apud Nock. 2014).

Programe complete de tratament

Un studiu asupra programelor de tratament prin metode DBT (terapie comportamental-dialectică), cumparativ cu metode psihodinamice, a arătat și în acest caz că nu există diferențe semnificative între rezultatele apărute în urma intervențiilor prin cele două metode. La un an de la începerea programelor, rezultatul a fost scăderea semnificativă a ideațiilor și comportamentelor suicidare ale adolescenților (Katz et.al., 2004).

Alte studii au arătat că diferite programe de terapie cu multiple tehnici terapeutice au dus la îmbunătățirea vizibilă a stării participanților, ceea ce subliniază importanța intervenției terapeutice pentru adolescenții cu ideații și comportamente de suicid (Nock, 2014).

Un alt program de tratament studiat a fost cel al lui Huey și colaboratorii (Huey et al., 2004 apud Nock, 2014), care a relevat că MST (terapia multi sistemică), a adus rezultate foarte bune (adresând mediul familial, școlar și social al adolescenților cu tentative de suicid, precum și dificultățile de relaționare și abilitățile de parentare), raportând scăderi semnificative la un an de la începerea programului.

Programe complementare de tratament

Aceste programe complementare sunt programele de intervenție în spitalele de spihiatrie, asupra adolescenților care au avut tentative de suicid. Intervenția se face de către persoane specializate, având ca scop scăderea ideației suicidare și susținerea psihologică așa încât, alături de tratamentul psihiatric, starea psihică a pacienților să se îmbunătățească cât mai mult cu putință. De asemenea, terapia cognitiv-comportamentală (CBT) este recunoscută ca metodă bazată pe dovezi în tratamentul pentru comportamentul suicidar (Wasserman, 2012).

Dovezile privind eficacitatea intervențiilor de prevenție penru comportamentul de suicid la tineri sunt foarte sărace. O meta-analiză recentă condusă de Robinson, Hetrick și Martin în „Preventing suicide in young people: systematic review" din 2011 a identificat 15 studii relevante, însă a concluzionat că nu a fost posibilă construirea concluziei cu privire la eficacitatea diferitelor intervenții datorită unor limitări metodologice și inconsecvenței rezultatelor.

Prevalența tulburărilor psihice la adolescenți conform raportului UNICEF 2011, a crescut în ultimii 20–30 de ani; creșterea se datorează printre altle:

- structurilor familiale perturbate,
- șomajului în rândul tinerilor și
- educației și aspirațiilor profesionale nerealiste ale familiilor pentru copiii lor.

4.3. Eșecul și abandonul școlar

Rezultatele școlare slabe, notele proaste, suprasolicitarea școlară sunt asociate foarte des cu abandonul școlar. Cu toate acestea, nu toți cei cu rezultate slabe ajung să abandoneze școala. Consecințele unei pregătiri

precare în timpul liceului pot fi de natură să micșoreze șansele adolescentului de a urma studii universitare, iar aceasta va limita, mai departe, șansele tânărului de a avea un loc de muncă bine plătit. În două din trei cazuri de abandon al liceului, persoana ajunge să fie angajată pe un post marginal sau să fie angajată provizoriu sau intermitent. În același timp, fiecare an de educație postliceală/universitară reduce probabilitatea de dependență socială (ajutor social, ajutor de șomaj) cu aproximativ 35% (Berlin & Sum, 1988, apud Weiner et. al., 2003).

Abandonul școlar este un comportament adoptat de adolescenții cu note foarte slabe și care au fost în situația de a repeta cel puțin un an școlar. Deși unele studii au arătat că unii adolescenți aflați în situația de a repeta anul au rezultate școlare ulterioare îmbunătățite (Roderick, et.al., 1999), cele mai multe studii arată că această situație reprezită un predictor puternic de abandon școlar (Goldschmitd & Wang, 1999; Jimmerson, 1999; Rumberger, 2001, apud Weiner et al., 2003).

Studii diferite (Goldschmidt & Wang, 1999; Powell-Cope & Eggert, 1994; Rumberger, 2001; Simmons & Blyth, 1987) au arătat că adolescenții care valorizează mai puțin școala sau au o atitudine negativă cu privire la ea, sunt mult mai predispuși la eșec și abandon școlar decât elevii care valorizează școala sau au vizavi de ea o atitudine pozitivă (Perkins & Borden, apud Weiner, et al., 2003).

Contextul social este de asemenea un factor important în activarea agresivității. O corelație înaltă există și între abandonul școlar și conduita agresivă. Abandonul școlar nu corelează cu popularitatea sau lipsa acesteia ci mai degrabă cu o combinație de factori în care se include agresivitatea, rezultatele școlare slabe și statut socio-economic scăzut (Cairns & Cairns, 1994). Problemele cu autoritatea tind să continue și în perioada adultă. Fuga de acasă și vagabondajul desemnează de asemenea cote înalte (22% din subiecții cu probleme cu autoritatea au fugit de acasă pentru măcar o noapte).

Riscurile și consecințele inegalității în cadrul OCDE

Eforturile de prevenire a abandonului școlar îndeplinesc principiul fundamental al Convenției conform căruia fiecare copil are dreptul de a-și dezvolta întregul potențial (UNICEF, 2010).

Sunt corecte și în practică: bazate pe sute de studii din țările OCDE, costurile copiilor și adolescenților abandonați de scoietate prin politici inadecvate sunt grave și includ (UNICEF, 2010, p.26):

- greutate mică la naștere
- stresul parental și lipsa timpului parental
- stres cronic pentru copil, posibil legat de probleme de sănătate pe termen lung și capacitate redusă de memorie
- insecuritate alimentară și nutriție inadecvată
- sănătate precară, incluzând obezitatea, diabetul, astmul cronic, anemia și boala cardiovasculară
- vizite mai frecvente la spitale și secții de urgență
- dezvoltare cognitivă afectată
- performanță educațională mai mică
- rate mai mici de rentabilitate a investițiilor în educație
- capacitate lingvistică redusă
- abilități și aspirații mai mici
- productivitate scăzută și câștiguri pentru adulți
- șomajul și dependența de ajutor social
- dificultăți de comportament
- implicarea în incidente cu poliția și instanțe judecătorești
- sarcina la adolescente
- dependența de alcool și droguri.

Sudiul arată că social costul consecințelor abandonării sociale a copiilor este mult mai mare decît cel presupus de intervenție.

4.4. Violența și delicvența juvenilă

Creșterea constantă a delincvenței juvenile a atras atenția specialiștilor, sociologi, psihologi, asistenți sociali și juriști. Dacă în trecut acest fenomen era explicat mai ales prin prisma unor factori strict individuali și a crizei de personalitate a adolescenței, în prezent explicațiile de tip biologist sau genetic tind să fie din ce în ce mai puțin luate în considerație. În fața acestora, primează necesitatea cunoașterii nevoilor de dezvoltare a adolescenților, dar și a cauzelor psihosociale care conduc la escaladarea delincvenței juvenile, precum și a necesitatea prevenției în situațiile de risc.

4.4.1. De la comportamentul deviant la comportamentul delincvent

Comportamentul deviant este acel comportament care se abate de la normele acceptate în cadrul unui sistem social, mergând până la conflict cu valorile culturale. Opus comportamentului conformist, comportamentul deviant are și o semnificație de inadaptare (Popescu-Neveanu, 1978). Pe de altă parte, *comportamentul delincvent* este acel comportament pentru care minorul este pasibil de a răspunde penal.

Literatura de specialitate se concentrează asupra depistării factorilor generatori de delincvență juvenilă și pe modalități de prevenire. Între factorii de personalitate generatori de delincvență juvenilă, P.P. Neveanu enumeră: înclinația către agresivitate, fie manifestă, fie latentă, instabilitatea emoțională, inadaptarea socială, duplicitatea conduitei și dezechilibrul existențial. Un studiu longitudinal (The Carolina Longitunidal Study CLS) realizat pe un lot de 695 de copii americani între 10 și 13 ani a pus în evidență legătura între agresiunea violentă și inadaptarea socială în perioada adolescenței și tinereții. Copii agresivi au tendința de a fi respinși și mult timp s-a presupus că rădăcinile agresiunii se află în eșecul lor de a stabili legături emoționale și sociale (Cairns & Cairns, 1994). Același studiu sugerează că problema acestor copii nu se află în slaba lor abilitate socială ci, mai degrabă, în faptul că ei stabilesc contacte pe baza unor valori de tip agresiv. Altfel spus, comportamentul agresiv este normal și acceptat în contextul în care ei trăiesc (Sion, 2004).

Conform raportului Inspectoratului General de Poliție din cadrul proiectului „Copilărie fără delincvență" (2014), delincvența juvenilă nu urmează același traseu cu situațiile în care sunt implicate și persoane adulte. Delincvența juvenilă reprezintă „ansamblul conduitelor copiilor aflați în conflict cu normele de conviețuire socială, acceptate și recunoscute în societate și are motivații de ordin bio-psiho-social" (raport IGPR, 2014).

Conform raportului (IGPR, 2014), principala cauză a apariției atitudinilor antisociale la copii o constituie influența mediului social și a proceselor psihice la nivelul conștiinței individului. Un rol important îl au și evenimentele de viață ale fiecărei persoane în parte.

Factorii de risc implicați în apariția comportamentului delincvent la copii sunt atât de natură externă, cât și de natură internă (în care sunt implicate elementele de personalitate).

Personalitatea copilului începe să se formeze după vârsta de 2 ani, și în toată această perioadă mediul își va pune amprenta asupra personalității individului, cu atât mai mult cu cât acesta se află într-o perioadă de tranziție ca în adolscență. De asemenea, subiectivismul care domină procesele cognitive ale adolescentului îi poate influența acestuia personalitatea, aici fiind necesar ca în familie să aibă un exemplu de obiectivitate din partea părinților. Dacă dimpotrivă, adolescentul se dezvoltă în condiții improprii de viață, într-un mediu ostil, dominat de subiectivism, având și un anturaj negativ, se creează premisele unui comportament delincvent (IGPR, 2014).

4.4.2. Măsuri de intervenție și prevenire

Un studiu UNICEF în colaborare cu Ministerul Justiției în 2004, arată că cea mai mare pondere în rândul infracțiunilor săvârșite de minorii studiați o reprezintă infracțiunile contra patrimoniului: furtul calificat (57,4%) și tâlhăria (14,8%).

Majoritatea minorilor au săvârșit în colectiv infracțiunea, (64%), restul de 36% acționând individual; un procent foarte mare (77,6%) l-a înregistrat numărul de infracțiuni comise în mediul urban, cele săvârșite în mediul rural fiind de 22,35% (UNICEF, 2004, p. 29–30).

Foarte frecvent comiterea infracțiunii deseori cu caracter spontan, nepremeditat, 70% dintre ei nefăcând nicio pregătire în acest sens este motivată de interesele materiale ale minorilor, majoritatea infracțiunilor comise fiind contra patrimoniului: furt calificat și tâlhărie (UNICEF, 2004, p.32).

Raportul citat (2004) atată că numărul cel mai mare de delincvenți minori se situează în intervalul 16–18 ani, urmând cei cu vârsta între 14 și 16 ani iar analiza pe nivele de educație arată că cele mai multe infracțiuni sunt comise de elevi aflați la gimnaziu (clasele 5–8), apoi de cei care au abandonat școala și de cei neșcolarizați, cele mai puține cazuri de infracțiuni înregistrându-se la elevii de liceu și de școală profesională.

Eșecul și abandonul școlar la un număr relativ mare de delincvenți minori sunt rezultatele controlului social scăzut, la nivelul familiei și al școlii. Majoritatea minorilor reproduc nivelul redus de pregătire școlară al propriilor părinți. Ei provin adesea din familii în care pregătirea școlară

nu este considerată o condiție de reușită socială. În plus, ei sunt lipsiți de sprijinul și îndemnul firesc, pe care majoritatea elevilor le primesc din partea părinților pentru obținerea unor performanțe școlare și pentru continuarea procesului de învățământ (UNICEF, 2004).

Majoritatea minorilor care comite infracțiuni provine dintr-un mediu violent, dominat de abuzuri fizice, psihologice sau sexuale. În plus, mai mult de jumătate dintre minorii care comit infracțiuni provin din familii în care există conflicte între părinți sau între copii și părinți, manifestate prin violențe verbale, fizice și psihice (în multe cazuri capul familiei comportându-se violent acasă și în societate), sau din familii în care părinții duc o viață parazitară, consumă alcool în mod excesiv, își manifestă constant violența și dezinteresul față de responsabilitățile familiale (UNICEF, 2004, p.37).

Din anchetele sociale și referatele de evaluare, studiul a arătat că există un set de factori favorizanți ai abuzului, existenți în familiile delincvenților. De asemenea, studiul relevă un set de factori favorizanți ai abuzului, aflați în familia minorilor care comit infracțiuni (UNICEF, 2004):

- promiscuitatea din unele medii familiale
- modelul parental abuziv
- familii monoparentale
- nivelul redus al educației
- ignorarea abuzului
- consum excesiv de alcool
- consum de droguri
- boli psihice
- spațiu de locuit inadecvat
- condiții socio-economice precare
- numărul mare de copii (UNICEF, 2004, p. 37–38).

Dintre participanții la studiul UNICEF (2004), mai mult de jumătate dintre minorii implicați în infracțiuni au avut conflicte cu părinții; majoritatea lor a avut un anturaj necorespunzător, iar aproape jumătate dintre ei – relații conflictuale cu colegii de școală.

Conform Poliției Române, statistica anului 2017 ne relevă un total de 8.729 de minori (din care 836 au vârste de până la 14 ani, iar 7.893 au vârste cuprinse intre 14–18 ani), comparativ cu statistica 2015, în care

este evidențiat un număr de 7.955 de minori (din care 569 au vârste de până în 14 ani, iar 7.386 au intre 14 și 18 ani) și cu cea din 2014, cu 8.993 de minori (dintre care 694 cu vârste de până în 14 ani și 8.299 cu vârste în intervalul 14–18 ani) (IGPR – Statistica principalelor activități desfășurate, 2017, 2015, 2014).

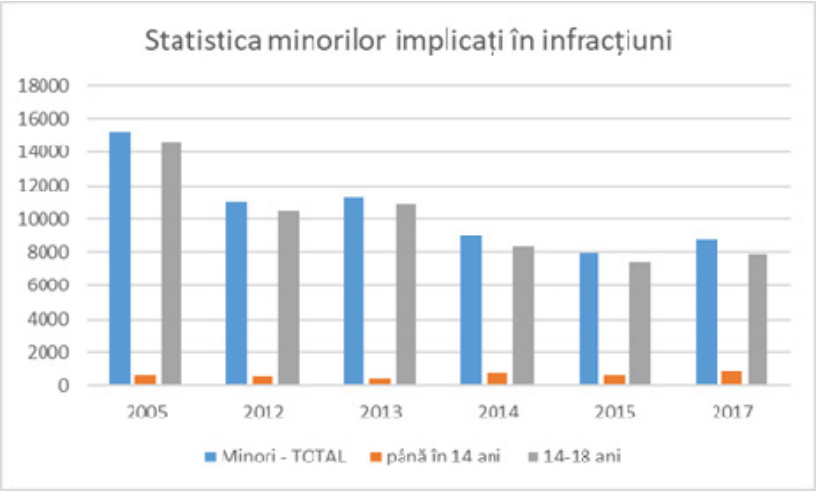

Fig. 11. ***Statistica minorilor implicați în infracțiuni în perioada 2005–2017, conform rapoartelor Poliției Române***

Măsurile educative prevăzute în Codul penal sunt mustrarea, libertatea supravegheată, internarea într-un centru de reeducare și internarea într-un centru medico-educativ (articol 10 Cod penal). Primele două măsuri se execută în libertate iar celelalte sunt cu privare sau restrictive de libertate. Caracterul sancționar dar preponderent preventiv, are scopul de a îndrepta și reeduca minorul. Argumentele invocate pentru crearea acestui regim special de sancționare au în vedere faptul că este vorba de persoane în plină dezvoltare, care trebuie sprijinite pentru a se adapta vieții sociale în condițiile normative impuse de aceasta (Tomescu & Anton, 1996, p.144, apud Sion, 2004).

Așa cum se poate constata, cu toate acestea fenomenul de delincvență juvenilă în România nu este de neglijat iar măsurile juridice nu sunt suficiente. Se impun intervenții și programe care să se axeze, pe

integrare socială și profesională, educație pentru viața de familie, integrare post-penală, protecție socială și programe specifice de prevenție în zonele unde gradul de manifestare a fenomenului delincvent a crescut (Sion, 2004).

Protecția copiilor și a tinerilor este prevăzută la art. 49 din Constituție, unde se stipulează faptul că aceștia se bucură de un regim special de protecție și de asistență în realizarea drepturilor lor.

Codul penal român stabilește vârsta răspunderii penale, după cum urmează: Art. 113 – Limitele răspunderii penale sunt: (1) Minorul care nu a împlinit vârsta de 14 ani nu răspunde penal. (2) Minorul care are vârsta între 14 și 16 ani răspunde penal numai dacă se dovedește că a săvârșit fapta cu discernământ. (3) Minorul care a împlinit vârsta de 16 ani răspunde penal potrivit legii.

Față de minorii lipsiți în mod absolut de capacitate penală (până la vârsta de 14 ani), nu se poate lua nicio sancțiune, ci doar măsuri de ocrotire. Minorii cu vârsta cuprinsă între 14–16 ani sunt lipsiți în mod relativ de capacitate penală, adică, atâta vreme cât sunt declarați fără discernământ, sunt asimilați minorilor sub 14 ani, însă, dacă se demonstrează că au acționat cu discernământ, vor fi tratați precum minorii peste 16 ani.

Instanța poate solicita serviciului de probațiune întocmirea referatului de evaluare, în scopul stabilirii discernământului minorului cu vârsta cuprinsă între 14 și 16 ani. Se consideră că minorii peste 16 ani au discernământ și, în consecință, au capacitate penală absolută, neexistând nicio diferență, din punct de vedere al capacității penale, între aceștia și infractorii majori, decât în tratamentul juridic.

LEGEA nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată în 2014

Cu doi ani înainte de aderarea României la U.E., respectiv la data de 1 ianuarie 2005, în România a intrat în vigoare o nouă legislație în domeniul protecției copilului, adoptată ca pachet legislativ în cursul anului 2004, extinsă ulterior printr-o serie de acte normative menite să completeze și să precizeze diverse aspecte.

Principalele reglementări ale Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată în 2014 se aliniază standardelor internaționale și subliniază faptul că drepturile copilului sunt

drepturile omului. Legea nr. 272/2004 a fost fundamentată pe patru principii de bază:

- Principiul nediscriminării;
- Principiul interesului superior al copilului;
- Dreptul la viață, supraviețuire și dezvoltare;
- Dreptul de a-și exprima liber opiniile.

Ideea centrală a Legii nr. 272/2004, ca de altfel și a Convenției O.N.U., este că fiecare copil contează, iar toate entitățile responsabile de promovarea și protejarea drepturilor copilului au datoria de a face toate eforturile posibile pentru a se asigura că niciun copil nu este uitat sau ignorat.

De aceea, Legea nr. 272/2004 reglementează aspecte referitoare la drepturile copilului în general, precum și pe cele ale categoriilor vulnerabile de copii. Astfel, legea acordă o atenție specială câtorva astfel de categorii, ca de exemplu:

- Copiii care riscă să fie separați de părinții lor – sunt incluși și copiii din familiile în situație de criză (de exemplu: dezastre naturale, lipsa unei locuințe, pierderea sursei de venituri, alcoolism, consum de droguri etc.).
- Copiii separați de părinți – această categorie se referă și la copiii în plasament într-o familie sau în grija unei persoane, copiii în asistență maternală ori aflați într-un centru de plasament.
- Copiii străzii – copiii care trăiesc și/sau muncesc pe străzi, singuri sau împreună cu familia.
- Copiii care manifestă comportament deviant – acest grup de copii este supus riscului de a fi separați de familie și îi include și pe cei care au înclinații spre- sau prezintă comportament deviant.
- Copiii delincvenți – copiii care au săvârșit o faptă penală, dar nu răspund penal, precum și cei care răspund.

Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată în 2014, prevede o serie de reglementări cu privire la copiii care au săvârșit o faptă prevăzută de legea penală și care nu răspund penal, stabilind principiile fundamentale în domeniu:

Art. 84 – (1) Pentru copilul care a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală și care nu răspunde penal, la propunerea direcției generale de asistență socială și protecția copilului în a cărei unitate administrativ-teritorială se

află copilul, se va lua una dintre măsurile prevăzute la art. 59 lit. a) și c), adică plasamentul sau supravegherea specializată.

În dispunerea uneia dintre măsurile prevăzute la art. 59 lit. a) și c), Comisia pentru Protecția Copilului, atunci când există acordul părinților sau al altui reprezentant legal al copilului, ori, după caz, instanța judecătorească, atunci când acest acord lipsește, va ține seama de:

a) condițiile care au favorizat săvârșirea faptei;
b) gradul de pericol social al faptei;
c) mediul în care a crescut și a trăit copilul;
d) riscul săvârșirii din nou de către copil a unei fapte prevăzute de legea penală;
e) orice alte elemente de natură a caracteriza situația copilului.

Art. 85 – (1) Măsura supravegherii specializate constă în menținerea copilului în familia sa, sub condiția respectării de către acesta a unor obligații, cum ar fi:

a) frecventarea cursurilor școlare;
b) utilizarea unor servicii de îngrijire de zi;
c) urmarea unor tratamente medicale, consiliere sau psihoterapie;
d) interzicerea de a frecventa anumite locuri sau de a avea legături cu anumite persoane.

În cazul în care menținerea în familie nu este posibilă sau atunci când copilul nu își îndeplinește obligațiile stabilite prin măsura supravegherii specializate, comisia pentru protecția copilului ori, după caz, instanța judecătorească, după distincțiile prevăzute la art. 84 alin. (2), poate dispune plasamentul acestuia în familia extinsă ori în cea substitutivă, precum și îndeplinirea de către copil a obligațiilor prevăzute la alin. (1).

Art. 86 – În cazul în care fapta prevăzută de legea penală, săvârșită de copilul care nu răspunde penal, prezintă un grad ridicat de pericol social, precum și în cazul în care copilul pentru care s-au stabilit măsurile prevăzute la art. 85 săvârșește în continuare fapte penale, comisia pentru protecția copilului sau, după caz, instanța judecătorească dispune, pe perioadă determinată, plasamentul copilului într-un serviciu de tip rezidențial specializat.

Art. 88 – (1) Pe toată durata aplicării măsurilor destinate copilului care săvârșește fapte penale și nu răspunde penal, vor fi asigurate servicii spe-

cializate, pentru a-i asista pe copii în procesul de reintegrare în societate. Conform art. 84 alin. (3) din Legea nr. 272/2004, republicată în 2014, „Părinții copilului care săvârșește fapte penale și nu răspunde penal au obligația de a participa la ședințele de consiliere efectuate de către direcția generală de asistență socială și protecția copilului, în baza unui program personalizat".

4.4.2.1. Instituția probațiunii

Instituția probațiunii prevedea reformarea sistemului de sancționare a infractorilor, propunând menținerea acestora în comunitate sub supravegherea *consilierilor de probațiune* (Balica, 2009). Experiența acumulată de diverse state din spațiul european dar și din alte părți ale lumii, în domeniul probațiunii, a demonstrat eficiența activităților incluse în sfera probațiunii. Rezultatele înregistrate ca urmare a desfășurării unor activități specifice, care vizau menținerea în comunitate a unor categorii de infractori, în special minori sau persoane care au comis infracțiuni mai puțin grave, în scopul asigurării unei resocializări eficiente și al eliminării efectelor socializării negative din contactul cu mediul penitenciar, presiunea internațională orientată spre respectarea drepturilor omului, dar și considerente care au ținut inclusiv de rațiuni strict economice.

Direcția Națională de Probațiune este o structură înființată și organizată prin Legea nr. 252/2013 privind organizarea și funcționarea sistemului de probațiune, și prin Hotărârea Guvernului României nr. 1079/2013 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 252/2013 privind organizarea și funcționarea sistemului de probațiune.

În realizarea măsurilor educative neprivative de libertate, un rol important îl are Direcția Națională de Probațiune, structură organizată în cadrul Ministerului Justiției, precum și cele 42 de structuri teritoriale ale acesteia, denumite servicii de probațiune. Astfel, pentru analiza și evaluarea criteriilor necesare alegerii măsurii educative, la solicitarea organelor judiciare Serviciul de probațiune efectuează evaluarea minorului infractor, pe care o consemnează într-un referat de evaluare. Referatul de evaluare conține date privind mediul familial și social al minorului, situația educațională și profesională, conduita generală și analiza comportamentului infracțional, riscul de săvârșire a unor noi infracțiuni, precum și propuneri

motivate referitoare la natura și durata programelor de reintegrare socială pe care minorul va trebui să le urmeze, precum și alte obligații ce pot fi impuse acestuia de către instanță. Conform NCPP, reținerea și arestarea preventivă a inculpatului minor este o măsură de excepție și se execută într-un regim special de detenție, având în vedere particularitățile vârstei, astfel încât privarea de libertate să nu prejudicieze dezvoltarea fizică, psihică sau morală a acestor persoane (Neagu & Damaschin, 2014).

4.4.2.2. Justiția restaurativă ca formă de intervenție și prevenire

Justiția restaurativă se realizează în cadrul unui program restaurativ, care folosește procese restaurative, și caută să obțină rezultate restaurative. Conform Rezoluției 2002/12 a ONU, procesele restaurative includ:

- medierea,
- reconcilierea,
- conferința,
- cercurile de verdict.

La nivel european există mai multe reglementări care privesc implementarea justiției restaurative în țările Uniunii Europene, dintre care menționez: Recomandarea nr. R (99) 19 privind medierea în materie penală, Directiva 2012/29/UE a Parlamentului European și a Consiliului Europei din 25 octombrie 2012 de stabilire a unor norme minime privind drepturile, sprijinirea și protecția victimelor criminalității și de înlocuire a Deciziei-cadru 2001/220/JAI a Consiliului.

Termenul de justiție reastaurativă a fost utilizat pentru prima oară în anul 1977, de psihologul american Albert Eglash, în „Beyond Restitution: Creative Restitution" pentru a descrie orientările din domeniul justiției penale, prin care a pus în evidență trei paradigme: – paradigma retributivă, care pune accentual pe sancționarea infractorului; – paradigma distributivă, care se centrează pe reabilitarea infractorului; – paradigma restaurativă, care are la bază ideea reparării prejudiciului produs victimei.

Bazată pe noi concepte și proceduri particulare, justiția restaurativă (Dignan, 2005) reprezintă o redescoperire și o rafinare a practicilor penale specifice „actelor de justiție", prin care se caută să se dea un răspuns viabil și eficient infracțiunii și conflictului. În acest scop, justiția restaurativă impune necesitatea de a permite victimei și infractorului să joace rolurile

principale în luarea deciziei referitoare la rezolvarea conflictului dintre ele.

Reprezentând un mod cu totul diferit de gândire despre criminalitate și victimizare și, în același timp, beneficiind de o puternică trăsătură de universalitate, justiția restaurativă este tot mai mult acceptată în interiorul sistemelor penale, aceasta fiind caracterizată printr-o tendință de puternică dezvoltare, dovedinduse o alternativă, tot mai viabilă, la pedepsele penale privative de libertate. Astfel, din punct de vedere conceptual, justiția restaurativă este aceea care oferă noi modalități de abordare și înțelegere a clasicelor concepte din domeniul dreptului penal, respectiv: infracțiune, infractor, victimă, proces penal, pedeapsă penală, închisoare, etc (Niță, 2017).

Ca urmare, justiția restaurativă nu mai privește statul ca fiind victima principală în actele infracționale, ci recunoaște că infracțiunea este îndreptată în primul rând împotriva persoanelor individuale, care trebuie să aibă posibilitatea de a se implica activ în rezolvarea conflictului. În același timp, justiția restaurativă tratează infractorii cu respect, pentru a asigura un comportament legal din partea acestora și pentru reintegrarea lor în comunitate.

Scopul justiției restaurative, în cadrul unui raport juridic de natură penală, este acela de a analiza și a pune în balanță, în vederea soluționării, toate problemele generate de acesta, respectiv probleme specifice victimei și nevoii de asistență a acesteia în procesul de recuperare, probleme ale comunității ce țin de nevoia de ordine și siguranță publică, probleme legate de restaurarea pierderilor cauzate prin asumarea responsabilității directe a infractorului, dar și probleme ale infractorului, cum ar fi nevoia acestuia de reintegrare socială (Niță, 2017).

Luând în calcul necesitatea acordării tuturor părților, a dreptului de a fi prezente și a se implica activ în actul de justiție aferent unui raport juridic penal, justiția restaurativă are la bază trei principii fundamentale: *responsabilitatea, restaurația și reintegrarea*.

Justiția restaurativă are ca principale obiective:

- restaurarea prejudiciilor produse victimei, familiei acesteia și comunității din care face parte;
- rezolvarea nevoilor emoționale și sociale ale victimelor și ale celor apropiați victimei, care pot fi afectați și ei;
- creșterea importanței implicării victimei în procesul de justiție penală;

- creșterea responsabilității infractorilor față de persoana și comunitatea pe care le-a victimizat;
- creșterea responsabilității comunității în implicarea pentru responsabilizarea infractorului și pentru identificarea de soluții la nevoile victimei și infractorului;
- prevenirea recidivei, prin reintegrarea infractorilor în comunitate (Niță, 2017).

4.5. Specificul evaluării și intervenției psihologice

Copiii trebuie să fie evaluați în contextul familiei, școlii, comunității și culturii din care fac parte, ceea ce înseamnă că nici un copil nu poate fi evaluat în mod izolat (Lempp, de Lange, Radeloff, Bachmann, 2012)

În plus, spun autorii „Textbook of Child and Adolescent Mental Health" publicat la Geneva sub autoritatea International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions în 2012, majoritatea copiilor funcționează diferit în contexte diferite și este util să fie cunoscute care împrejurari îmbunătățesc sau agravează comportamentul afectat. Astfel, examinarea simultană a funcționării parentale și familiale este crucială, precum și nevoia de informații din partea a cât mai mulți aparținători este importantă de asemenea, pentru a identifica zonele de resursă ale copilului (Lempp et al., 2012).

Problemele prezentate de copii si adolescenți trebuie luate în considerare în contextul dezvoltării (Lempp, et al., 2012). Factorii de dezvoltare influențează adesea simptomatologia (de exemplu, depresia se prezintă diferit la vârste diferite). In timp ce unele tulburări arată destul de asemănător la copii și adulți (de exemplu, tulburarea obsesiv-compulsivă), alte tulburări sunt deosebit de diferite la copiii mai mici comparativ cu adolescenții sau adulții (de exemplu, PTSD) (Lempp et al., 2012). Problemele comportamentale la copii se pot datora unei întârzieri în dezvoltarea abilităților (de exemplu, enurezis sau respirație), pierderea abilităților dobândite anterior (de exemplu, consecința unei tulburări grave, pierderi sau traume) sau incapacitatea de a selecta competențele dintr-un repertoriu existent (de exemplu, tulburări de comportament).

Este necesar în evaluare și intervenție, atunci când este vorba despre copii și adolescenți să fie incluse gama de comportamente care pot fi observate la diferite vârste, contexte și diferite forme de perturbare în fiecare etapă de dezvoltare.

Trebuie, de asemenea, să fie obținută permisiunea părinților sau a tutorelui legal.

4.5.1. Evaluarea a problemelor psihologice la vârsta adolescenței și perspectiva dezvoltării

O bună evaluare are la bază tehnici de interviu adecvate dezvoltării.

Nimeni nu ar trebui să se aștepte, copiii prescolari să stea nemișcați mai multe ore în continuu în timpul interviului și intervievatorul trebuie să decidă ce material de joc va fi pus la dispoziția copilului. Tehnicile adecvate dezvoltării includ desenul, jocul și comunicarea directă. Metoda adecvată pentru fiecare caz va depinde de vârsta copilului (vârsta de dezvoltare primează în fața vârstei cronologice) și de problemele prezentate (de exemplu, mutism selectiv). Invitația făcută copilului pentru a desena o imagine este aproape întotdeauna un început bun. Întrebările directe ar trebui să fie scurte, cu un vocabular simplu și precis și să se ocupe de o problemă concretă la un moment dat (Jones, 2003). De exemplu, „intri în dificultăți la școală, te alături cu greu altor elevi în activități cum ar fi sportul...” nu ar fi o formulare potrivită, dar „ai probleme la școală?” e ceva mai potrivit.

Implicarea în jocul copilului poate sprijini intervievatorul în:

- o mai bună împărtășire a problemelor lor
- evaluarea stării lor afective
- o perspectivă practică privind coordonarea și abilitățile motorii
- evaluarea dezvoltării vorbirii și a limbajului
- se poate testa atenția
- înțelegerea mai bună a nivelului de gândire în operații complexe
- evaluarea capacității lor de joc interactiv și jocuri „ca și cum” și „ce ar fi dacă” (în special atunci când este suspectată o tulburare de dezvoltare pervazivă) (Lempp et al., 2012).

Întrebările pentru a explora sentimentele interioare ale copiilor pot fi:

- „Ce animal ar fi cel mai mult/ cel mai puțin preferat..."
- „Pe cine ai lua cu tine pe o insulă pustie?"
- „Dacă te întâlnești cu o zână și ar putea să-ți îndeplinească trei dorințe, ce ai cere?

4.5.2. Norme generice cu privire la diagnoza psihologică a adolescenților

Ursula Șchiopu (1976) subliniază necesitatea mai multor categorii de norme care se impun în diagnoza psihologică și care prezintă importanță în lucrul cu adolescenții. Autoarea arată că există trei principii de care depinde corectitudinea diagnozei:

- Tehnicile de investigație (finețea lor);
- Coroborarea tuturor datelor privitoare la subiectul investigat
- Categoria de caracteristici și probleme de dezvoltare ce trebuie investigate (Șchiopu, 2002, p.53)

Ca regulă generală, funcția de predicție a diagnozei psihice trebuie considerată ca relativă, atâta vreme cât nu este încheiată dezvoltarea și maturizarea persoanei. Valoarea relativă a diagnozei psihice este datorată caracteristicilor dezvoltării psihice, a ritmurilor dezvoltării, a factorilor de influență asupra ritmului dezvoltării (Șchiopu, 2002, p.53).

Adolescenții, în studiul pe populație românească condus de Margareta Dincă, sunt extraverți, inteligenți și creativi, rezistenți la schimbare și refuză normele sociale, indulgenți cu sine și extrapunitivi, nesiguri, cu complexe de inferioritate și cu nevoie de suport, orientare negativă față de muncă, cu interese personale care le domină prin raportare pe cele ale grupului, individualiști și rebeli. Compensează dificultățile de adaptare prin apel la superstiții și auto-proiecții și sunt dispuși să reacționeze mai puternic la ofense și prejudicii decât la recompense și beneficii (Dincă, 2004, p.104).

Influențele sociale exercitate asupra dezvoltării persoanei sunt un factor important în diagnoza psihologică și prezintă importanță în lucrul cu adolescenții (Șchiopu, 2002, p.53). Așadar, trecerea de la copilărie la vârsta adultă sau adolescență presupune raportarea la modele culturale

subliniază în concluziile studiului și Margareta Dincă. În societatea românească, aflată în schimbare, acestea sunt ele însele în construcție, ceea ce justifică evoluția contradictorie, predominant agresivă, rebelă, puțin socializată și cu tendințe nevrotice (nevoia de protecție versus refuzul ei) a adolescenților.(Dincă, 2004, pag.106).

Funcțiile de predicție ale psihodiagnozei sunt condiționate de vârsta subiectului testat, cu cât vârsta subiectului e mai mică, cu atât pot interveni schimbări, inclusiv la nivelul structurii psihice, fapt ce face necesară o „supraveghere diagnostică"(Șchiopu, 2002, p.53).

Ursula Șchiopu (2002, p.54) subliniază că există perioade de dezvoltare psihică în care „frecvența dezordinilor" psihice este mai mare, așa cum sunt perioadele preșcolare dar mai ales perioadele pubertății și adolescenței. Acestea sunt perioade cu o mare fragilitate datorită faptului că alături de implicarea unui grad înalt de maturizare cognitivă și afectivă, ritmul dezvoltării psihice, a conștiinței de sine și a identității sunt mai intense (Șchiopu, 2002, p.54).

Modificările frecvente de regim de educație, ca și educația excesiv liberalizată, condițiile de viață precum suprasolicitarea, activitățile realizate în asalt pot fi factori favorizanți. Suprasolicitarea este deseori prezentă în activitățile preadolescenților și adolescenților, la fel și activitățile în asalt specifice de exemplu perioadelor de examene. Ele pot conduce la astenie, pot accentua timiditatea și instabilitatea psihică, pot fi premisa stărilor de depresie (Șchiopu, 2002, p.55).

Rezultatul psihodiagnostic este limitat în timp, variabilitatea lui poate dura uneori doar câteva luni pentru numeroase categorii de aspecte psihice la copii, acesta devenind valabil pentru un timp mai îndelungat în perioada tinereții, când trăsăturile psihice au tendința de a ase stabiliza (Șchiopu, 2002, p.55).

Așadar predicțiile făcute asupra evoluției personalității trebuie considerate cu valoare relativă, mai ales în condițiile în care dezvoltarea psihică nu este încă finalizată. Diagnoza psihologică trebuie realizată cu precauție mai ales la vârste cu mare dinamică, cum este cazul debutului adolescenței, dat fiind că trăsăturile psihice care încă nu s-au stabilizat, iar imaginea de sine a adolescentului și relațiile sale cu lumea se pot modifica foarte repede (Șchiopu, 2002, Modrea, 2006).

Mulți autori atrag atenția asupra etichetării folosite în diagnosticul psihiatric care oferă o imagine statică asupra problemelor persoanei, îi afectează imaginea de sine și blochează valorificarea resurselor existente ca urmare a asimilării în imaginea de sine a rezultatelor examinării comunicate într-o formă inadecvată (Dafinoiu, 2002; Modrea, 2006;).

4.5.3. Sănătatea mintală a adolescenților: o provocare urgentă pentru cercetări și investiție socială

Copilăria și adolescența sunt, deosebit de importante ca perioade de oportunități de prevenire a bolilor mintale, unele estimări sugerează că durata bolii psihice poate fi prevenită prin prevenirea și intervenția timpurie pentru probleme mentale și tulburări în copilărie și adolescență (Kim-Cohen, Caspi & Moffitt, 2003).

Se estimează că aproximativ 20% din adolescenții din lume au o problemă de sănătate mintală sau comportamentală (UNICEF, 2011).

Depresia este cel mai mare contributor la indicele global de boală pentru persoanele cu vârste cuprinse între 15–19 ani, iar sinuciderea este una dintre cele trei cauze principale ale mortalității în rândul persoanelor cu vârste între 15 și 35 de ani (UNICEF, 2011).

La nivel global, aproximativ 71.000 de adolescenți comit suicid, în timp ce până la 40 de ori mai mulți au tentative de sinucidere. Aproximativ jumătate din tulburările psihice debutează înainte de vârsta de 14 ani și 70% până la vârsta de 24 de ani (UNICEF, 2011).

Analiza narativă a diverselor studii clinice și de populație (Maughan et al., 2005; Prosser & McArdle, 1996; Twenge, 2011 apud Bor, Dean, et.al., 2014) indică o creștere potențială a ratelor de suicid, auto-vătămare deliberată și consumul de substanțe. Cu toate acestea, nu este clar, spun unii autori, dacă aceste constatări reflectă o creștere reală a incidenței problemelor de sănătate mintală la tineri sau femei sau dacă reflectă modificări în recunoaștere, raportare și diagnosticare (Maughan et al., 2005).

Prevalența tulburărilor psihice în rândul adolescenților a crescut în ultimii 20–30 de ani; creșterea se datorează structurilor familiale perturbate, șomajului în creștere al tinerilor și aspirațiilor educaționale și profesionale nerealiste ale familiilor pentru copiii lor (UNICEF, 2011).

Problemele de sănătate mintală neasistate în rândul adolescenților sunt asociate cu performanțe scăzute în educație, șomaj, consum de substanțe, comportamente de asumare a riscurilor, criminalitate, sănătate sexuală și reproductivă precară, auto-vătămare și îngrijire necorespunzătoare – toate acestea cresc riscul de morbiditate și mortalitatea prematură.

4.5.4. Politici de sănătate mintală și prevenire

Problemele de sănătate mintală ale adolescenților au costuri sociale și economice ridicate, din moment ce de multe ori se agravează determinând incapacitatea individului de a face față la o gamă largă de situații aparute ulterior, în viață. Problemele cauzează proporția bolii împovărătoare în rândul tinerilor în toate societățile (UNICEF, 2011).

Factorii de risc pentru problemele de sănătate mintală sunt bine stabiliți și includ: abuzul în copilărie; violența în familie, școală și în vecinătate; sărăcie; excluziunea socială și dezavantajul educațional.

Afecțiunile psihiatrice și abuzul de substanțe la părinți, precum și violența maritală, pun adolescenții într-un risc crescut, la fel ca și expunerea la perturbările sociale și suferința psihologică care însoțesc conflictele armate, dezastrele naturale și alte crize umanitare.

Sănătatea mintală la copii și adolescenți este determinată și de factori precum schimbările în mediul familial (Bor, W., Dean, A.J. et.al., 2014), cum ar fi:

- creșterea ratelor de parentalitate unică (Comisia Europeană: Eurostat, 2012),
- conflictele în familie (Rutter and Smith et al., 2010),
- problemele de sănătate mentală parentală (Fatori et al.,
- 2013; Schepman et al., 2011)
- apariția unor stiluri parentale care valorizează mai puțin obediența copilului (Twenge & Campbell, 2009).

Între alte modificări care pot fi implicate în problemele de sănătate mintală se numără:

- creșterea timpului expunerii tinerilor și adolescenților la ecran, internet și social media (Academia Americană de Pediatrie, 2009; Carli et al., 2014; O'Keeffe & ClarkePearson, 2011; Primack et al., 2009)

- școala contemporană prin presiunea tot mai ridicată (Ferrada de Noli, 2013; Sweeting et al., 2010; West și Sweeting, 2003).

Stigmatizarea tinerilor cu tulburări mintale și încălcările drepturilor omului amplifică consecințele individuale și sociale negative iar promovarea sănătății mentale, prevenirea și tratamentul la timp aduc beneficii individuale și sociale și reduc povara asupra sistemelor de sănătate.

O mai mare conștientizare a publicului cu privire la problemele de sănătate mintală și sprijinul social general pentru adolescenți sunt esențiale pentru prevenirea și asistarea efectivă. Asigurarea sănătății mintale a adolescenților în condiții de siguranță începe cu părinții, familiile, școlile și comunitățile (UNICEF, 2011).

Prevenirea tulburărilor psihice și promovarea sănătății mintale ar trebui să fie o parte esențială a activității profesioniștilor din domeniul sănătății mintale (Campion, Bhui & Bhugra, 2012).

Cu toate acestea, arată studiul realizat sub umbrela European Psychiatric Association, acest lucru a fost adesea ignorat parțial pentru că pregătirea este axată pe diagnosticarea și gestionarea tulburărilor psihice, dar de asemenea din cauza unor resurse insuficiente. Există dovezi considerabile în literatura de specialitate care sugerează că prevenirea are potențialul de a reduce în mod semnificativ debutul și povara ulterioară legată de tulburare mentală, precum și costurile personale, sociale și economice asociate.

Prevenirea poate fi clasificată în mai multe moduri (Campion et al., 2012):

- prevenirea primară se concentrează pe abordarea factorilor determinanți mai largi de populații.
- prevenirea selectivă se concentrează pe grupurile care vizează un risc mai mare de apariție a tulburărilor.
- prevenire terțiară implică de lucru cu cei diagnosticați pentru a promova recuperarea și reduce riscul de recidivă

Studiul UNICEF (2011) susține că educarea acestor părți interesate cu privire la sănătatea mintală poate ajuta adolescenții să-și îmbunătățească abilitățile sociale și capacitățile și să câștige încrederea în sine – ceea ce poate atenua problemele de sănătate mintală și poate descuraja comportamentele riscante și violente.

Recunoașterea precoce a stresului emoțional și asigurarea unui suport psihosocial de către persoane instruite pot atenua efectele problemelor de sănătate mintală (UNICEF, 2011).

Lucrătorii din sănătatea primară pot fi instruiți să folosească interviuri structurate pentru a detecta din timp problemele și pentru a oferi tratament și sprijin. Programele psiho-educative în școli, consilierea psihologică și psihoterapia (în mod ideal, cu implicarea familiei) sunt eficiente în ameliorarea sănătății mintale a adolescenților, iar nevoile complexe ale tinerilor cu tulburări mintale grave pot fi abordate prin direcționarea în timp scurt către serviciile specializate.

Integrarea sănătății mintale în sistemele primare de sănătate reprezintă un efort major pentru reducerea diferenței de tratament pentru problemele de sănătate mintală. În acest scop, Organizația Mondială a Sănătății și partenerii săi au dezvoltat Acordul-cadrul 4S, care: oferă o structură pentru inițiativele naționale de colectare și utilizare a informațiilor strategice; dezvoltă politici suportive și bazate pe dovezi; extinderea furnizării și utilizării serviciilor și produselor de sănătate; și consolidarea legăturilor cu alte sectoare guvernamentale.

O astfel de integrare va spori accesibilitatea serviciilor și va reduce stigmatizarea cauzată de tulburările mintale. În multe țări, doar o mică parte dintre tineri cu probleme de sănătate mintală beneficiază de evaluare și îngrijire de bază, în timp ce majoritatea suferă inutil, aflându-se în imposibilitatea de a accesa resursele adecvate pentru recunoaștere, sprijin și tratament (UNICEF, 2011).

4.5.5. Rolul factorilor de protecție psihosociali

Adolescența este o perioadă critică privitor la adoptarea comportamentelor privitoare la sănătate, iar studiile arată că acele comportamente legate de sănătate stabilite acum tind să dureze toată viața (Maggs et al., 1997 apud Jessor et al., 1998).

Protecția este definită prin opoziție directă cu comportamentul de risc manifestat, reprezintă orice factor care:

- Promovează dezvoltarea constrângerilor individuale pe problemele de comportament

- Alimentează controlul social împotriva dezvoltării problemelor de comportament
- Canalizează adolescentul către activități alternative
- Arată acele activități incompatibile cu problema comportamentală
- Promovează și reîntărește orientarea către instituții convenționale și reguli de conduită (Jessor et al., 1998).

Studiul lui Jessor și colaboratorii, a definit două categorii de factori de protecție: factori proximali și factori distali.

Factorii proximali de protectie sunt:

- valoarea asociată sănătății,
- efectele percepute ale comportamentului care compromite sanatatea
- parintii care modeleaza comportamentul de sanatate.

Principalii factori distali de protecție sunt:

- orientarea pozitivă spre școală,
- prietenii care modelează comportamentul convențional,
- implicarea în activități prosocială
- și participarea la biserică.

Consolidarea factorilor protectori proximali și distali, spun autorii studiului, poate contribui la promovarea comportamentelor sănătoase în perioada adolescenței.

Chiar și atunci când persoana se găsește în contexte de dezvoltare nefavorabile (săracia, violența în familie etc.), există mai mulți factori care pot contribui la prevenirea dezvoltării de comportamente-problemă în adolescență. Pe scurt, acestea se referă la:

- Relații pozitive, stabile cu cel puțin un adult semnificativ care îi oferă sprijin și îl îndrumă.
- Ancore spirituale și religioase.
- Expectații academice înalte, dar realiste și suport adecvat pentru realizarea acestora.
- Mediu familial pozitiv.
- Inteligență emoțională și abilitatea de a face față stressului.

Este necesar să subliniem că prezența și influența pozitivă a acestor factori nu poate fi asigurată de un singur individ. Din contră, este necesar efortul unei întregi comunități pentru a oferi resursele necesare organizării acestor elemente într-o structură coerentă.

Referințe bibliografice

1. Adamson, P. (2010). *The Children Left Behind: A league table of inequality in child well-being in the world's rich countries*, Innocenti Report Card no. 9, disponibil la adresa: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc9_eng.pdf
2. Agenția Națională Antidrog (2015). *Studiul național în populația generală privind consumul de tutun, alcool și droguri GPS – 2013.* Studii în domeniul drogurilor, 2, (1), București, disponibil la adresa: http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf
3. Agenția Națională antidrog (2017). *Raport național privind situația drogurilor, România, Noi evoluții și tendințe*. Disponibil la adresa: http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/RN_2017.pdf
4. Administrația Națională a Penitenciarelor (2016). *Raportul anual de activitate*, disponibil la adresa: http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2017/04/bilant-ANP-2016.pdf
5. Agenția Națională pentru Sprijinirea Inițiativei Tinerilor (2008). *Starea socială și așteptările tinerilor din România. Barometrul de opinie publică – Tineret 2008. Sondaj de opinie realizat de Agenția Națională pentru Sprijinirea Inițiativei Tinerilor (ANSIT) și finanțat de Autoritatea Națională pentru Tineret (ANT)* (Dalu, A.M., Plăeșu, A., Anghelescu, G., coord.). Disponibil la: http://nou2.ise.ro/wp-content/uploads/2012/08/Diagnoza-2008_final.pdf
6. Akshoomoff, N. (2006). *Autism spectrum disorders: Introduction.* Child Neuropsychology, 12(4–5), 245–246. http://dx.doi.org/10.1080/09297040600788128
7. Albu, G. (2005). *O psihologie a educației*. Editura Institutul European, Iași
8. American Psychiatric Association (2002). *Developing Adolescents: A Reference for Professionals.* Washington, DC.
9. Andersen, S.L., Dumont, N.L., Teicher, M.H. (1997). *Developmental differences in dopamine synthesis inhibition by (±)-7-OH-DPAT.* N Schmied Arch Pharmacology 356, 173–181
10. Arnett, J.J. (2007). *Emerging Adulthood, a 21st Century Theory: A Rejoinder to Hendry and Kloep.* Article (PDF Available) in Child Development Perspectives 1(2):80 – 82 DOI: 10.1111/j.1750-8606.2007.00018.x
11. Arnett, J.J.; Hendry, L.; Kloep, M. & Tanner, J. (2011). *Debating Emerging Adulthood: Stage or Process?* (Ed. 11) Oxford, UK, Oxford University Press
12. Arnett, J.J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press
13. Arnett J.J. (2000). *Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties*. American Psychol.;55, pp.469–80.

14. Arnett, J.J. (2006). *G. Stanley Hall's Adolescence: Brilliance and nonsense.* History of psychology. 9. 186-97. Doi: 10.1037/1093-4510.9.3.186.
15. Arnett, J.J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. The American psychologist. 54. 317-26. Doi: 10.1037//0003-066X.54.5.317.
16. Asch, S.E. (1956). *Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority.* Psychological Monographs: General and Applied, 70(9), 1-70. http://dx.doi.org/10.1037/h0093718
17. Aviles, K., Phillips, B., Rosenblatt, T., & Vargas, J. (2005). *If higher education listened to me…* Educause Review, September/October, 17–28.
18. Balica, E. (2009). *Instituționalizarea probațiunii în românia: practici și strategii situaționale în contextul (post)aderării la uniunea europeană*. „Revista Română de Sociologie", serie nouă, anul XX, nr. 3–4, p. 299–317, București
19. Banner, L. (1983).*American beauty.* New York: Alfred A. Knopf.
20. Bardone-Cone A.M., Cass K.M. (2007). *What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects*. Int J Eat Disord;40(6), pp.537–48.
21. Barna, O., Lungu, E (2018). *Analiză de situație, Ziua Națională fără Tutun,* disponibil la adresa: http://www.dsptr.ro/doc/anunturi/2018-11-15/analiza-de-situatie-2018.pdf
22. Băban, A. (2001). *Consiliere educațională*, Imprimeria Ardealul, Cluj-Napoca.
23. Beilin H. (1996). *Mind and Meaning: Piaget and Vygotsky on Causal Explanation.* Human Development, 39, pp.277–286. doi: 10.1159/000278479
24. Bergen, S.E., Gardner, C.O., Kendler, K.S. (2007). *Age-related changes in heritability of behavioral phenotypes over adolescence and young adulthood: a meta-analysis*. Twin Res Hum Genet 10, pp.423–433.
25. Berk, L.E. (2014). *Development through the Lifespan*. Pearson, Boston
26. Benedict, R. (1938). *Continuities and Discontinuities in Cultural Conditioning* în E. Aries (Ed.), *Adolescent Behavior: Readings and Interpretations*, Guilford, CT: McGraw-Hill/Dushkin.
27. Benowitz-Fredericks, C.A., Garcia, K., Massey, M., Vasagar, B., & Borzekowski, D.L. (2012). *Body image, eating disorders, and the relationship to adolescent media use.* Pediatric Clinics of North America, 59(3), p. 693.
28. Bialystok, E. (1999). *Cognitive complexity and attentional control in the bilingual mind*. Child Developement 70, 636–644.
29. Bideaud, J., Houde, O., Pedinielli, J. L. (2002). *L'home en developpement*. pp.72, Ed. PUF, La Rochelle
30. Block, M. L., Calderon-Garciduenas, L. (2009). *Air pollution: mechanisms of neuroinflammation and CNS disease.* Trends Neuroscience 32, 506–516.
31. Bor, W., Dean, A.J., Najman, J., Hayatbakhsh, R. (2014). *Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 48(7), p. 606–616

32. Borgen, W.A., Amundson, N.E. (1995). *ERIC Clearinghouse on Counseling and Student Services (ERIC/CASS),* ERIC Digest. 1995
33. Borgen, W.A., Amundson, N.E., Tench, E. (1996). *Psychological Well-Being Throughout the Transition From Adolescence to Adulthood*, The Career Development Quarterly, 45: 189–199
34. Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W. & Halfon, O. (1996). *Self-esteem and mental health in early adolescence: Development and gender differences.* Journal of adolescence, 19, p.233–45. DOI: 10.1006/jado.1996.0022.
35. boyd, d. (2014). *It's Complicated: The Social Lives of Networked Teens.* New Haven: Yale University Press
36. boyd, d., Hargittai, E. (2013). *Connected and concerned: Variation in Parents' Online Safety concerns*, Policy & Internet, Vol. 5, No. 3
37. Bonanno, G.A., Noll, J. G., Putnam, F.W., O'Neill, M., & Trickett, P. (2003). *Predicting the willingness to disclose childhood sexual abuse from measures of repressive coping and dissociative experiences*. Child Maltreatment, 8, p.1–17
38. Bronfenbrenner, U. (1989). *Ecological systems theory*. Annals of child development, 6, 187–249.
39. Bruch, H. (1988). *Conversations with Anorexics: A compassionateand hopeful journey through the therapeutic process*. In Czyzewski D. & Suhr M.(Eds.), New York: Basic Books
40. Burgess, A. & R. Hartman, C. & McCormack, A. (1987). *Abused to abuser: Antecedents of socially deviant behaviors*. The American journal of psychiatry. 144. 1431-6. 10.1176/ajp.144.11.1431.
41. Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J. (1989). *Early School Dropout: Configurations and Determinants*, Child Development, Vol. 60, No. 6, p. 1437–1452, Wiley, New York
42. Cairns, R.B. (1994). *Carolina Longitunidal Study (CLS),* http://cds.web.unc.edu/about-us/history/robert-cairns/
43. Calei, O. (2013). *Cum gândește și ce vrea generația „Digital Natives".* Disponibil la adresa http://www.zf.ro/video/zf-live/video-zf-live-cum-gandeste-si-ce-vrea-generatia-digitalnatives-urmariti-inregistrarea-emisiunii-de-vineri-8-noiembrie-cu-andreea-coca-consultant-gfk-romania-11646910
44. Campion, J., Bhui, K., Bhugra, D. (2012). *European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders.* European Psychiatry, Volume 27, Issue 2, p. 68–80
45. Carson A., Benowitz-Fredericks, B.A., Kaylor Garcia, B.A., Meredith Massey, Ed. M., Brintha Vasagar, M.D., Dina, M.P.H., Borzekowski, L.G. Ed. (2012). *Body Image, Eating Disorders, and the Relationship to Adolescent Media Use*. Pediatric Clinics of North America
46. Centrul Regional de Sănătate Publică CLUJ – Compartimentul Sănătate Copii și Tineret.(2016). *Sinteza națională pentru anul 2016 – Identificarea, cuantificarea și monitorizarea comportamentelor cu risc pentru sănătate la elevi (fumat,*

consum de alcool, droguri, comportament alimentar, sexual, activitate fizică, agresivitate fizică). disponibil la adresa: http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2017/05/SINTEZA-YRBSS-2017_rezumat.pdf

47. Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara (CRSPT) (2018). *Analiza de situație asupra consumului de droguri*. Disponibil la: https://www.dsptimis.ro/promovare/zm_antidrog_17_analiza.pdf
48. Chilman, C. (1983). *Adolescent Sexuality in a Changing American Society*. John Wiley & Sons, New York
49. Choi, H. (2002). *Understanding adolescent depression in ethnocultural context*. Advances in Nursing Science, 25(2), 71–85. Doi: http://dx.doi.org/10.1097/00012272-200212000-00006
50. Ciupercă, C. (2001). *Cuplul Modern între emancipare și disoluție*, Editura Tipoalex, 2000.
51. Clark, A.S., Maclusky, N.J., Goldman-Rakic, P.S. (1988). *Androgen binding and metabolism in the cerebral cortex of the developing Rhesus monkey*. Endocrinology 123, 932–940
52. Cohen, J.J. (1980). Youth & Society, Vol. 12 No. 1, p.107–124 Sage Publications, Inc
53. Comisia Europeană COM (2010). *Europa 2020 – O strategie pentru creștere inteligentă, ecologică și favorabilă incluziunii*. Disponibil la: http://www.mae.ro/sites/default/files/file/Europa2021/Strategia_Europa_2020.pdf
54. Commission of European Communities (2006). *Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The European Economic And Social Committee And The Committee Of ThemRegions.Brussels, 2006. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*; Retreived from: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com_625_en.pdf, accesat la data: 10.12.2018
55. Conger, J.J. & Peterson, A. (1984). *Adolescence and Youth; Psychological Development in a Changing World*, New York; Harper & Row.
56. Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W.H. Freeman, San Francisco
57. Côté, J. & Hay, J. (2002). *Children's involvement in sport: A developmental perspective.* In *Psychological Foundations of Spor*t, p.484–502, edited by J. M. Silva & D. E. Stevens. Allyn & Bacon, Boston, Massachussetts
58. Council of Europe (2007). *Social inclusion and young people: breaking down the barriers.* (Colley, H., Hoskins, B., Parveva, T., Boetzelen P., Editors), pp.199–200. Council of Europe Publishing, Strasbourg. Disponibil la:https://pjp-eu.coe.int/documents/1017981/1667851/2007_Social_inclusion_young_people.pdf/21619732-2bd9-437e-aefb-3d6f63fb4d8a
59. Crăciun, A. (1998) *Stima de sine – vector al schimbărilor adaptative*. În Anuarul Universității „Petre Andrei". Tom VIII – Științe Socio-Umane, Fundația Academică"Petre Andrei", Iași.

60. Crețu, T. (2001). *Psihologia vârstelor*, Editura Departamentului de Învățământ deschis la Distanță, Universitatea București.
61. Curtis, A.C. (2015). *Defining adolescence.* Journal of Adolescent and Family Health: Vol. 7: Iss. 2, Article 2. Available at: https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2
62. Dafinoiu, I. (2002). *Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observația și interviul,* Editura Polirom, Iași.
63. Davidson, M.C., Amso, D., Anderson, L.C. et al. (2006). *Development of cognitive control and executive functions from 4 to 13 years: evidence from manipulations of memory, inhibition, and task switching*. Neuropsychologia 44, 2037–2078.
64. Davis, A. (1944). *Socialization and adolescent personality*. Yearbook of the National Society for the Study of Education, 43, p.198–216.
65. Davis, A. (1943). *Child training and social class.* In R.G. Barker, J.S. Kounin, & H.F. Wright (Eds.), *Child behavior and development: A course of representative studies* (p. 607–619). New York, NY, US: McGraw-Hill.
66. Debesse, M. (1981). *Etapele educației,* Editura Didactică și Pedagogică, București, 1981
67. DeLisi, L.E., Fleischhaker W. (2007). *Schizophrenia research in the era of the genome.* Current Opinions in Psychiatry, 20(2):109-10. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328049558f
68. Digital Economy and Society Index (DESI) 1 (2018). *Country Report România,* Disponibil la: http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/image/document/2018-20/ro-desi_2018-country-profile_eng_199394CB-B93B-4B85-C789C5D6A54B83FC_52230.pdf
69. Dignan, J. (2005). *Understanding victims and restorative justice*, Open University Press
70. Dincă, M. (2004). *Adolescenții într-o societate în schimbare*. Editura Paideea, București
71. Dittman, M. (2005). *Generational differences at work*. Monitor Staff, Vol 36, No. 6 disponibil la: https://www.apa.org/monitor/jun05/generational.aspx
72. Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C. (2005). *Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 113–120.
73. Donnison, S. (2007). Unpacking the millennials: A cautionary tale for teacher education. Australian Journal of Teacher Education, 32(3), http://dx.doi.org/10.14221/ajte.2007v32n3.1
74. Driscoll, R., Davis, K., Lipetz, E.M. (1972). *Parental interference and romantic love: The Romeo and Juliet effect.* Journal of personality and social psychology. 24. 1-10. 10.1037/h0033373
75. Dumas, J.E. (2010). *Psychopatologie de l'enfant et de l'adolescent.* Ed. A 4-a. Ouvertures Psychologiques, Éditions de Boeck Université, Bruxelles.

76. Dumitrana, M. (1998). *Copilul instituționalizat*, Editura Didactică și Pedagogică, București
77. Eccles, J., Lord, S. & Midgley, C. (1991). *What Are We Doing to Early Adolescents? The Impacts of Educational Contexts on Early Adolescents*. American Educational Journal, p. 521–542.
78. Eckstein, D.G., Rasmussen, P.R., & Wittschen, L. (1999). *Understanding and dealing with adolescents*. The Journal of Individual Psychology, 55(1), p.31–50.
79. Economic and social survey of Asia and the Pacific (2011), disponibil la adresa: https://www.unescap.org/sites/default/files/11-StatisticalAnnex-Survey 2011.pdf
80. Edwards, S. (2005). *Constructivism does not only happen in the individual: Sociocultural theory and early childhood education*. Early Childhood Development and Care, Vol. 175, No. 1, pp.37–47
81. Elkind, D. (1967). Egocentrism in Adolescence. Child Development Vol. 38, No. 4 (Dec., 1967), pp.1025-34
82. Elkins, D.N. (2009). *The medical model in psychotherapy: Its limitations and failures*. Journal of Humanistic Psychology, 49, p.66–84.
83. EMCDDA, ESPAD (2016). *ESPAD Report 2015 – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. http:// www.espad.org/ sites/ espad.org/ files/ ESPAD_report_2015.pdf
84. Erikson, E.H. (1950). Childhood and Society, New York: Norton
85. Erikson, E.H. (1959). *Identity and the life cycle: Selected papers.* Psychological Issues Monograph Series I., No. 1. New York: International Universities Press
86. Erikson, E.H. (1965). *The challenge of youth.* Garden City, NY: Anchor Books
87. Erikson, E.H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: W.W. Norton
88. Erickson, T. (2008). *Plugged in: the Generation Y guide to thriving at work.* Boston: Harvard Business Press.
89. Eshkevari E, Rieger E, Longo MR, et al. (2011). *Increased plasticity of the bodily self in eating disorders*. Psychol Med 2011;5, p.1–10
90. Esposito, C., Johnson, B., Spirito, A., & Overholser, J. (2003). *Cognitive factors: Hopelessness, coping, problem-solving, self-esteem.* In A. Spirito & J. Overholser (Eds.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice*. San Diego, CA: Academic Press.
91. Eurobarometru (2017) disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/commfront office/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECI AL/surveyKy/2146
92. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD – 2015), disponibil la adresa: www.ana.gov.ro/studii/ESPAD%202015.pdf
93. European Commision (2018). *DESI Report 2018 – Human Capital* Disponibil la: https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/desi

94. Faludi, C., Dégi, C.L., Roth, M., Raiu, S., Iovu, M., Haragus, P., Vincze, A. (2013). *Influența debutului sexual și a comportamentelor de risc pentru sănătate asupra reușitei la bacalaureat a adolescenților din România/How do early sexual debut and health risk behaviors influence baccalaureate performance of romanian adolescents?*. Revista De Asistență Socială, (4), 39–48. Disponibil la: https://search.proquest.com/docview/1475500861?accountid=140615
95. Fair, D.A., Cohen, A.L., Dosenbach, N.U.F., Church, J.A., Miezin, F.M., Barch, D.M., Raichle, M.E., Petersen, S.E., & Schlaggar, B.L. (2008). *The maturing architecture of the brain's default network.* Proceedings of the National Acadademy of Science, U.S.A.; 105(10): 4028–4032. doi: 10.1073/pnas.0800376105
96. Feldman, S.S., & Elliott, G.R. (Eds.). (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
97. Feldman, R. S. (2017). *Life Span Development. A Topical Approach*. Ed.a 3-a. Pearson Education Disponibil la: https://www.pearsonhighered.com/assets/samplechapter/0/2/0/5/0205759564.pdf
98. Festinger, L. (1954). *A Theory of Social Comparison Processes*. Human Relations, 7(2), 117–140. https://doi.org/10.1177/001872675400700202
99. Florescu, L., Frățiman, L. (2000). *Ontogeneza dezvoltării în situații de abandon*, Editura Fundației „Andrei Șaguna", Constanța.
100. Fowers, B.J., & Davidov, B.J. (2006). *The virtue of multiculturalism: Personal transfor-mation, character and openness to the other.* American Psychologist, 61, 581–594
101. Franzoi, S.L. (1995). *The body-as-object versus the body-as-process: Gender differences and gender considerations. Sex Roles.* A journal Research vol 33 (5–6) p.417. https://doi.org/10.1007/BF01954577
102. Freud, A. (2002). *Normal și patologic la copii. Evaluări ale dezvoltării.* Editura Fundației Generația, București
103. Furstenberg, F., Kennedy, S. & C. McLoyd, V.C., Rumbaut, R. & Settersten, R.A., (2004). *Growing Up is Harder to Do*. Contexts, 3, p.33–41. Doi: 10.1525/ctx.2004.3.
104. Fussell, E. & Furstenberg, F. (2005). *The transition to adulthood during the 20th century. On the frontier of adulthood: Theory, research and public policy,* p.29–75. Doi: 10.7208/chicago/9780226748924.003.0002.
105. Galvan, A. (2012). *The Neuroscience of Adolescence*. Cambridge University Press, Los Angeles
106. Garcia, C.M., Saewyc, E.M. (2007). *Perceptions of mental health among recently immigrated Mexican adolescents*. Issues in Mental Health Nursing; 28(1): 37–54. doi.org/10.1080/01612840600996257
107. Gaudet, S. (2007). *Emerging adulthood, a new stage in the life course: implications for policy development*. Policy Research Initiative, Ottawa

108. Gaudet, S. (2005*). Responsabilité et indentité dans les parcours* d'entrée dans l'âge adulte: qu'est-ce que répondre de soi à l'âge adulte? Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie/Canadian Review of Sociology and Anthropology, 42(1), p.25–50
109. George, M. & Odgers, C. (2015). *Seven fears and the Science of How Mobile Technologies May Be Influencing Adolescents in the Digital Age*. Perspectives of Psychological Science, 10(6), 832–851.
110. Giedd, J. (2015). *The Amazing Teen Brain.* Scientific American 312(6), p.32–37, Doi: 10.1038/scientificamerican0615-32
111. Giedd, J.N., Snell, J.W., Lange, N. et al. (1996). *Quantitative magnetic resonance imaging of human brain development: ages 4–18.* Cereb Cortex 6, 551–560.
112. Goethals, G.R. & Darley, J. (1977). *Social Comparison Theory: An Attributional Approach.* Hemisphere, Washington DC.
113. Golu, M. (1993) *Dinamica personalității*, Editura Geneze, București
114. Graber, J.A., & Brooks-Gunn, J. (1996). *Transitions and turning points: Navigating the passage from childhood through adolescence*. Developmental Psychology, 32(4), p.768–776. http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.768
115. Grello, C.M., Welsh, D.P., Harper, M.S., & Dickson, J.W. (2003). *Dating and Sexual Relationship Trajectories and Adolescent Functioning.* Adolescent & Family Health, 3(3), 103–112.
116. Greve, W. & Wentura, D. (2003). *Immunizing the Self: Self-Concept Stabilization Through Reality-Adaptive Self-Definitions.* Personality & social psychology bulletin. Doi: 29. 39–50. 10.1177/0146167202238370.
117. Groesz, L.M., Levine, M.P., Murnen, S.K. (2002). *The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review.* Int Journal Eat Disord;31(1):1–16.
118. Hall, G.S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vols.I & II). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
119. Hartup, W. (1993). *Adolescents and Their Friends*, in E. Aries (Ed.), *Adolescent Behavior: Readings and Interpretations*, Guilford, CT: McGraw-Hill/Dushkin
120. Havighurst, J.R. (1976).*The Relative Importance of Social Class and Ethnicity in Human Development*, „Human Development", 19
121. Havighurst, R. (1948). *Developmental tasks and education (3rd ed.).* New York: McKay
122. Hawkins N., Richards P.S., Granley H.M., et al. (2004). *The impact of exposure to the thinidealmedia image on women.* Eat Disorders, 12(1), p. 35–50.
123. Hayes, N., Orrell, S. (1997). *Introducere în psihologie* (trad.), Editura All, București.
124. Hazen, E., Schlozman, S., Beresin E. (2008). *Adolescent psychological development: a review*. Pediatric Review, 29(5):161-7, https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/50440_ch_1.pdf

125. Heaven, P.C., Ciarrochi, J., & Cechaviciute, I. (2005). *Adolescent peer crowd self-identification, attributional style and perceptions of parenting*. Journal of Community & Applied Social Psychology, 15, 313–318.
126. Helwig, N.E., Ruprecht, M.R. (2017). *Age, gender, and self-esteem: A socio-cultural look through a nonparametric lens.* Archives of Scientific Psychology, 5(1), 19–31
127. Hendry, L., Kloep, M. (2012). *Adolescence and Adulthood*, Red Globe Press
128. Herman-Giddens, M.E., Slora, E.J., Wasserman, R.C., Bourdony, C.J., Bhapkar, M.V., Koch, G.G., Hasemeier CM. (1997). Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings network. Pediatrics, 99(4), p.505-12. Doi: 10.1542/peds.99.4.505
129. Hibell, B., Guttmorsson, U., Ahlstrom, S., Balakieva, O., Bjamson, T., Kokkavi, A. et al.(2012). *The 2011 ESPAD Report.* Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf; accesat la data 10.12.2018
130. Hollingworth, L. (1928). *The psychology of the adolescent*. Oxford, England: Appleton.
131. Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G., et al. (2007). *The prevalence and correlates of eating disorders*. National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry; 61:348–58.
132. Hurrelmann, K., Quenzel, G. (2019). *Developmental Tasks in Adolescence*. London: Routledge.
133. Inspectoratul General al Poliției Române (2014). *Prevenirea delincvenței juvenile și acordarea de servicii specifice minorilor care săvârșesc infracțiuni și nu răspund penal – Repere privind cooperarea interinstituțională,* Editura Ministerului Afacerilor Interne. Disponibil la: http://childhub.org/en/system/tdf/library/attachments/manual-final-cu-coperti.pdf?file=1&type=node&id=20745
134. Institutul Național de Sănătate Publică (2017). *Analiză de situație. Luna națională a informării despre efectele consumului de alcool*. Disponibil la: http://www.dspb.ro/diverse/270617_analiza.pdf
135. Institutul Național de Statistică, autori: (2018). *ROMÂNIA ÎN CIFRE. Breviar statistic*. București, disponibil la: http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/romania_in_cifre_breviar_statistic_1.pdf
136. Institutul Național de Statistică. (2018). *Populația rezidentă* la 1 ianuarie 2018^{p} în scădere cu 120,7 mii persoane*. Disponibil la: http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/poprez_ian2018r.pdf
137. Institutul Național de Statistică (2017). *Populația rezidentă* la 1 ianuarie 2017^{p} în scădere cu 122,0 mii persoane.* Disponibil la: http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/poprez_ian2017r.pdf

138. Institutul Național de Statistică (2014). *COMUNICAT DE PRESĂ Nr.150 din 24 iunie 2014 Ocuparea și șomajul în trimestrul I 2014 Cercetarea statistică asupra forței de muncă în gospodării (AMIGO),* București, disponibil la adresa: http://www.insse.ro/cms/files/statistici/comunicate/somaj/somaj_Ir_14.pdf
139. Institutul Național de Statistică (2013). *Utilizarea timpului în România. Comunicat de presă, nr. 30,* București. Disponibil la: http://www.insse.ro/cms/files/statistici/comunicate/com_anuale/util_timpul/utilizarea_timpului_r13.pdf
140. Institutul Național de Statistică (2011). *Rezultate definitive ale Recensământului Populației și al Locuințelor – 2011 (caracteristici demografice ale populației)*. Disponibil la: http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/REZULTATE-DEFINITIVE-RPL_2011.pdf
141. Institutul Român pentru Evaluare și Strategie (2012). *BAROMETRUL DE OPINIE PUBLICĂ – TINERET 2012. Sondaj de opinie realizat de Institutul Român pentru Evaluare și Strategie – IRES la cererea AUTORITĂȚII NAȚIONALE PENTRU SPORT ȘI TINERET.* Disponibil la adresa: http://www.djstcluj.ro/_Files/documente/IRES-ANST-Barometru-tineret.pdf
142. Iordăchescu, F. (1998). Pediatrie, vol. I, Editura Național, București
143. Jetha, M.K., Segalowitz, S.J. (2012). A*dolescent Brain Development*. Implications for Behavior. Academic Press, Oxford
144. Jessor, R. (1991). *Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action.* Journal of Adolescent Health, Vol. 12(8), p. 597–605 DOI: https://doi.org/10.1016/1054-139X(91)90007-K
145. Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F.M. (1998). *Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents*. Appl Dev Sc.;2:194–208.
146. Jidovu, I. (2013). *Fenomenul migrației la scara internațională*. Pro Patria Lex, 12(2), p.113–120. Disponibil la: https://search.proquest.com/docview/1506942151?accountid=140615
147. Johnson, M.D. (2018). *Mari mituri despre relațiile intime: întâlniri amoroase, sex și mariaj*, Editura Trei, București
148. Jones, A., Crandall, R. (1986). *Validation of a Short Index of Self-Actualization.* Personality and Social Psychology Bulletin. 12. 63–73. 10.1177/0146167286121007.
149. Kagan, J., Moss, H. A. (1962). *Birth to Maturity. A study in psychological development*. Wiley, New York
150. Kagan, J. (1990). *Family & Relationships.* University of Chicago Press.
151. Kaplowitz, B.P. & Oberfield, S.E. (1999). *Reexamination of the age limit for defining when puberty is precocious in girls in the United States: implications for evaluation and treatment.* Drug and Therapeutics and Executive Committees of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. Pediatrics, 104(4 Pt 1), p.936-41. Doi: 10.1542/peds.104.4.936
152. Kardefelt-Winther, D. (2017). *How does the time children spend using digital technology impact their mental well-being, social relationships and physical*

activity? An evidence-focused literature review, An evidence-focused literature review. UNICEF Innocenti Discussion Paper 2017-02, disponibil la: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Children-digital-technology-wellbeing.pdf

153. Karney, B., Beckett, M., Collins, R. & Shaw, R. (2007). *Adolescent Romantic Relationships as Precursors of Healthy Adult Marriages: A Review of Theory, Research, and Programs*. DOI: 10.7249/TR488.
154. Katchadourian, H., Martin, J.A. (1979). *Analyses of Human Sexual Behavior. In Human Sexuality: A Comparative and Develpomental Perspective.* Ed. Katchadourian, H.. University of California, Berkeley, pp.35–48
155. Katz, L., Cox, B., Gunasekara, S., & Miller, A. (2004). *Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, p.276–282.
156. Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., et al. (2003) *Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort.* Arch Gen Psychiatry, 60, p.709–17
157. King, C., Merchant, C. (2008). *Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature.* Archives of Suicide Research, 12, 181–196.
158. Kloep, M., Hendry, L.B. (1999). *Challenges, risks and coping in adolescence.* In D. Messer & S. Millar (EDS.), *Exploring developmental psychology: From infancy to adolescence* (p.400–416). Arnold, London.
159. Kloep, M., Güney, N., Çok, F., Simsek, Ő.F. (2009). *Motives for risk-taking in sdolescence: A cross-cultural study.* Journal of Adolescence, 32(1), p.135–151
160. Kohlberg, L. (1969). *Stage and sequence: The cognitive-development approach to socialization.* In D.A. Goslin (Ed.), *Handbook of Socialization Theory and Research* (pp.347–480). Chicago: Rand McNally.
161. Koshmanova, T.S. (2007). *Vygotskian scholars: Visions and implementations*. Journal of Russian and East European Psychology, 45 (2), p.61–95.
162. Kroger J., Marcia J.E. (2011). *The Identity Statuses: Origins, Meanings, and Interpretations.* In: Schwartz S., Luyckx K., Vignoles V. (eds) *Handbook of Identity Theory and Research.* Springer, New York, NY
163. Kuhn, D. (2006). *Do cognitive changes accompany developments in the adolescent brain?* Perspectives on Psychological Science, 1, p. 59–67
164. La Greca, A.M., & Harrison, H.M. (2005). *Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression?* Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34, p.49–61.
165. Lamy, P., Bachelet, M., Barber, L., et al. (2013). *Now for the long term: the report of the Oxford Martin commission for future generations*. Oxford: Oxford Martin School
166. Laugharne, J., Janca, A., Widiger, T. (2007). *Posttraumatic stress disorder and terrorism: 5 years after 9/11.* Current Opinions in Psychiatry. 20(1), p.36–41.

167. Lempp, T., de Lange, D., Radeloff, D., Bachmann, C. (2012). *The clinical examination of children, adolescents and their families*. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
168. Lerner, R.M., & Castellino, D.R. (2002). *Contemporary developmental theory and adolescence: Developmental systems and applied developmental science.* Journal of Adolescent Health, 31 (l6), p.122–135. Disponibil la: http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00495-0
169. Leovaridis, C., Antimiu, R. (2017). *Modalități de petrecere a timpului liber pentru tinerii din țara noastră.* Calitatea Vieții, XXVIII, nr. 3, 2017, p. 75–104
170. Leung, L. (2009). *User-generated content on the internet: an examination of gratifications, civic engagement and psychological empowerment*. New Media & Society, 11(8), p.1327–1347. https://doi.org/10.1177/1461444809341264
171. Levinson, D.J. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine
172. Lewis J.D., Elman J.L. (2008). *Growth-related neural reorganization and the autism phenotype: a test of the hypothesis that altered brain growth leads to altered connectivity.* Dev. Sci. 11, 135–155 10.1111/j.1467-7687.2007.00634.x
173. Liu, C.H. & Matthews, R. (2005). *Vygotsky's philosophy: Constructivism and its criticisms examined.* International Education Journal, 6, p.386–399.
174. Livingstone, S., Bober, M. (2006). *Regulating the Internet at home: Contrasting the perspectives of children and parents*. In D. Buckingham & R. Willett (Eds.), *Digital generations* (p. 93–113). Laurence Erlbaum Associates, Inc, Mahwah, New Jersey
175. Macavei, E. (1989). *Familia și casa de copii*, Editura Litera, București
176. Maddi, S.R. (1996). *Personality theories: A comparative analysis* (6th ed.). Thomson Brooks/Cole Publishing Co, Belmont, CA, US.
177. Mann, L., Harmoni, R., & Power, C. (1989). *Adolescent decision making, the development of competence.* Journal of Adolescence, 12, p. 265–278
178. Marcia, J.E. (1980). *Identity in Adolescence*. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: Wiley.
179. Maslow, A.H. (2008). *Motivație și personalitate*. Editura Trei, București
180. Mercy, J.A., Kresnow, M.J., O'Carroll, P.W., Lee, R.K. Powell, K.E., Potter, L.B., Bayer, T.L. (2001). *Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts.* American Journal of Epidemiology, 154, 120–127.
181. Mihăilescu, I. (1999). *Famila în societățile europene*. Editura Universității, București
182. Milkman, H.B., Wanberg K.W., (2013). *Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment for Adolescents: Pathways to Self-Discovery and Change.* The Provider's Guide, Cap. 1. Sage Publications, Inc, disponibil la: https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/50440_ch_1.pdf

183. Miller, P.Y., Simon, W. (1974). *Adolescent sexual behavior: Context and change.* Social Problems, 22, 58–76
184. Ministerul Afacerilor Interne (2014). *Prevenirea delincvenței juvenile și acordarea de servicii specifice minorilor care săvârșesc infracțiuni și nu răspund penal – repere privind cooperarea interinstituțională.* Editura Ministerului Afacerilor Interne, București, disponibil la adresa: http://childhub.org/en/system/tdf/library/attachments/manual-final-cu-coperti.pdf?file=1&type=node&id=20746
185. Ministerul Tineretului și Sportului (2013). *Strategia Națională în Domeniul Tineretului 2014–2020*. Disponibil la: http://www.youthpolicy.org/national/Romania_2014_2020_Draft_Youth_Strategy.pdf
186. Mitchell, S. (2002). *American generations: Who they are, how they live, what they think.* Ithaca, NY: New Strategists Publications.
187. Mitrofan, I., Ciupercă, C. (1998). *Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei*, Editura Mihaela Press, București.
188. Mitrofan, I.; Mitrofan, N. (1991), *Familia de la A la Z. Mic dicționar al vieții de familie,* Editura științifică și enciclopedică, București
189. Mitulescu, S., Plăeșu, A., Dalu, A.M., Neacșu-Dalu, C.C., Boeru, I., Iftode, O., Manu, M., Ștefănescu, I., Tucă, C. (2014–2015). *Aspecte privind incluziunea socială a tinerilor aflați în afara sistemelor de educație, formare și ocupare profesională (NEET),* INSTITUTUL DE ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI, București disponibil la: http://www.ise.ro/wp-content/uploads/2016/12/Raport-cercetare-NEET_final_2016.pdf
190. Modrea, M. (2006). *Imaginea de sine și personalitate în adolescență*. Editura Aliter, Focșani
191. Money, J., Ehrhardt, A.A. (1972). *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity.* Johns Hopkins University Press, Baltimore
192. Moretti, M.M., Rein, A.S., & Wiebe, V.J. (1998). *Relational self-regulation: Gender differences in risk for dysphoria.* Canadian Journal of Behavioural Science/ Revue canadienne des sciences du comportement, 30(4), p.243–252.
193. Morse, J.K., Scheff, S.W., DeKosky, S.T. (1986). *Gonadal steroids influence axon sprouting in the hippocampal dentate gyrus: a sexually dimorphic response*. Exp Neurology 94, p.649–658.
194. Motsching, R. & Nykl, L. (2003). *Toward a cognitive-emotional model of Roger's person-centered approach*. Journal of Hunantistic Psychology, 43, 8–45.
195. Munteanu, A. (1998). *Psihologia copilului și adolescentului*, Editura Augusta, Timișoara
196. Muuss, R.E. (1975). *Theories of adolescence*. Random House, New York
197. Muuss, R.E., Velder, E., Porton, H. (1996). *Theories of Adolescence*. McGraw-Hill, New-York.

198. Neagu, I., Damaschin, M. (2014). *Tratat de procedură penală. Partea generală. În lumina noului Cod de procedură penală*, p.646, Editura Universul Juridic, București
199. Neinstein, L.S., Gordon, K.M., Katzman, D.K., Rosen, D.S. (2009). *Handbook of Adolescent Health Care*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
200. Neinstein, L.S. (2002). *Adolescent health care: A practical guide* (4th ed.). Lippincott, Philadelphia
201. Neveanu, P.P. (1978), *Dicționar de psihologie*. Editura Albatros, București
202. Nilsson, K., Sundbom, E., Hägglöf, B. (2008). *A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type*. European eating disorders review, Vol. 16, no 5, p. 386–394
203. Niță, N. (2017). *Considerații privind justiția restaurativă pentru minori din românia.* Acta Universitatis George Bacovia, (2), p.403–428. Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1979766021?accountid=140615
204. Nock, M.K.(Ed.) (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury.* Oxford University Press. Madison Avenue, New York.
205. Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford University Press, Stanford, CA
206. Nolen-Hoeksema, S. (1987). *Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory.* Psychological Bulletin, 101, p.259–282.
207. Nurmi, J-E. (2004). *Socialization and self-development: Channeling, selection, adjustment, and reflection.* In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp.85–124). New York: John Wiley
208. Nurmi, J-E. (1991). *How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning*. Developmental Review, 11, 1–59
209. Orth, U., Trzesniewski, K.H., Robins, R.W. (2010). *Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study.* Journal of Personality and Social Psychology, 98
210. Osterrieth, P. (1973). *Copilul și familia* (trad.), Editura Didactică și Pedagogică, București
211. Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2010). *Dezvoltarea umană*. Ed. Trei, București
212. Pardeck, J.A. & Pardeck, J.T. (1990). *Family Factors Related to Adolescent Autonomy*. Adolescence. 25, p. 311–9.
213. Parot, F.R., Richelle, M. (1995). *Introducere în psihologie.* Editura Humanitas, București
214. Patton G.C., Sawyer S.M., Santelli J.S., et al. (2016). *Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing*. Lancet, 387(10036):2423-78
215. Paul, E.L., White, K.L. (1990). *The development of intimate relationship in late adolescence.* Adolescence, 25, pp.375–400

216. Perkins, D.F. (2007). *Adolescence: The Four Questions.* FactSheet FCS2117, University of Florida, IFAS extension, Gainesville, disponibil la adresa: http://edis.ifas.ufl.edu
217. Pew Research Center. (2016). *Parents, Teens and Digital Monitoring*. Pew Research Center, Washington, D.C., disponibil la adresa: http://www.pew internet.org/2016/01/07/parents-teens-and-digital-monitoring/
218. Pew Research Center (2018). *Early Benchmarks Show 'Post-Millennials' on Track to Be Most Diverse, Best-Educated Generation Yet.* Disponibil la: https://www.pewsocialtrends.org/wp-content/uploads/sites/3/2018/11/Post-Millennials-Report_final-11.13pm.pdf
219. Piaget, J. (2008). Psihologia inteligenței. Ed, Cartier, Chișinău
220. Piaget, J. (1980). *Judecata morală la copil*, Editura Didactică și Pedagogică, București
221. Piaget, J., Inhelder B. (1976). *Psihologia copilului*, Editura Didactică și Pedagogică, București
222. Pipher, M. (1994). *Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescent girls*. New York, NY, US: G P Putnam's Sons.
223. PISA (2015). *Country overwiev*. Disponibil la: https://www.compareyour country.org/pisa
224. Pineau, G. (2009). *« La vie à orienter, quelle histoire ! ? », L'orientation scolaire et professionnelle* 34 (1), 2005, Online since 28 September 2009, connection on 28 May 2019. URL: http://journals.openedition.org/osp/314; DOI: 10.4000/osp.314
225. Pânzaru, F., Vatamanescu, E.,M., Mitan, A., Savulescu, R., Vitelar, A., Noaghea, C., Balan, M. (2016). *Millenials at work: Investigating the specificity of generation Y versus other generations at workplaces*. Management Dynamics in the Knowledge Economy, 4(2), pp.173–192
226. Pokhrel, P., Sussman, S., Sun, P., Kniazer, V. & Masagutov, R. (2010). *Social Self-control, Sensation Seeking and Substance Use in Samples of US and Russian Adolescent*s. American journal of health behavior, 34, p.374-84. Doi: 10.5993/AJHB.34.3.12.
227. Pollack, W.S. & Schuster, T. (2000). *Real Boys' Voices*. Diane Publishing Company, New York, NY, US: Penguin Press.
228. Pollock, G. (2008). *On the Social Context of Becoming an Adult.* Sociology Compass 2/2 pp: 467–484 DOI: 10.1111/j.1751-9020.2008.00097.x
229. POLIȚIA ROMÂNĂ, Ministerul Afacerilor Interne (2017). *Statistica principalelor activități desfășurate de Poliția Română în anul 2017.* Disponibil la adresa: https://www.politiaromana.ro/ro/utile/statistici-evaluari/statistici
230. POLIȚIA ROMÂNĂ, Ministerul Afacerilor Interne (2015). *Statistica principalelor activități desfășurate de Poliția Română în anul 2015.* Disponibil la adresa: https://www.politiaromana.ro/ro/utile/statistici-evaluari/statistici/arhiva-statistici

231. Ponton, L. E. (1997). *The Romance of Risk: Why Adolescents Do the Things They Do.* Basic Books /HarperCollins, New York.
232. Pop, O. (1998). *Copilul abandonat*, Editura Ando Tours, Timișoara
233. Prensky, M. (2001). *Digital natives, digital immigrants*. On the Horizon, 9(5), p.1–6. Disponibil la: http://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf
234. Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983*) Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390–395. Disponibil la: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390
235. Radu, N. (1995). *Adolescența, Schiță de psihologie istorică,* Editura Fundației România de Mâine, București
236. Raportul Agendei Digitale (2017). *Raport intermediar pe 2017 privind sectorul digital din UE (EDPR), profil de țară: România* Disponibil la: http://ec.europa.eu/newsroom/document.cfm?doc_id=44332
237. Rassart, J., Luyckx, K., Apers, S., Goossens, E., Moons, P., i-DETACH Investigators. (2012). *Identity dynamics and peer relationship quality in adolescents with a chronic disease: the sample case of congenital heart disease.* J Dev Behav Pediatr. 33(8), p.625–632. doi: 10.1097/DBP..
238. Ranganath, C., Mizenberg, M.J., Ragland, J.D. (2008). *The Cognitive Neuroscience of Memory Function and Dysfunction in Schizophrenia*. Biological Psychiatry Volume 64, Issue 1, pp.18–25
239. Richins, M.L. (1991). *Social comparison and the idealized images of advertising.* Journal of consumer research, 18(1), 71–83.
240. Robins, R.W. & Trzesniewski, K.H. (2005). *Self-esteem development across the lifespan.* Current Directions in Psychological Science, 14, 158–162
241. Robinson, J., Hetrick, S.E., Martin, C. (2011). *Preventing suicide in young people: systematic review.* Aust N Z J Psychiatry. 45(1):3–26. doi: 10.3109/00048674.2010.511147.
242. Rogers, C.R. (1971). *Psychological Maladjustments vs. Continuing Growth.* Developmental Psychology. Del Mar, CA: CRM Books.
243. Rose, R.J.; Viken, R.J.; Dick, D.M.; et al. (2003). *It does take a village: Nonfamilial environments and children's behavior.* Psychological Science 14:273–277, 2003. PMID: 12741753
244. Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Ima*ge. Princeton University Press, Princeton, N.J., xii + 326 pp.
245. Rosenberg, M. (1985). *Self-concept and psychological Well-being in adolescence.* In: R Leaby. *The development of the self.* Academic Press, New York
246. Roșca, M. (1972), *Metode de psihodiagnostic*, Editura Didactică și Pedagogică, București
247. Rotheram-Borus, M.J., Piacentini, J., Miller, S., Graae, F., Castro-Blanco, D. (1994). *Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters*

and their families. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 508–517.
248. Salmela-Aro, K., Aunola, K., & Nurmi, J.E. (2007). *Personal Goals During Emerging Adulthood: A 10-Year Follow Up*. Journal of Adolescent Research, 22(6), 690–715. https://doi.org/10.1177/0743558407303978
249. Salvin, R.E. (1986). *The Napa Evaluation of Madeline Hunter's ITIP: Lessons Learned*. Elementary School Journal, 87, p.165–171.
250. Sandu, D., Stoica, C.A., Umbreș, R. (2014). *Tineri în România: griji, aspirații, atitudini și stil de viață. Raport de cercetare realizat de Centrul de Sociologie Urbană și Regională* – CURS pentru Friedrich-Ebert-Stiftung România (FES), București. Disponibil la: http://www.fes.ro/media/2014_news/Raport-FES-Tineri_in_Romania.pdf
251. Scabini, E., Manzi, C. (2011). *Family processes and identity.* In Schwartz, S.J., Koen Luyckx, K., Vignoles L.V. (eds.), *Handbook of Identity Theory and Research*. Springer Science+Business Media. pp.565–584.
252. Schad, M.M., Szwedo, D.E., Antonishak, J., Hare, A., & Allen, J.P. (2008). *The broader context of relational aggression in adoles-centromantic relationships: Predictions from peer pressure andlinks to psychosocial functioning.* Journal of Youth and Adolescence, 37(3), p.346–358
253. Scherz, F.H. (1967). *The Crisis of Adolescence in Family life. Social Casework*, 48(4), 209–215. https://doi.org/10.1177/104438946704800402
254. Schlundt, D.G., & Johnson, W.G. (1990). *Eating disorders: Assessment and treatment*. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
255. Sedikides, C., Gaertner, L., Toguchi, Y. (2003). Pancultural Self-Enhancement. Journal of personality and social psychology. 84. 60–79. Doi: 10.1037// 0022-3514.84.1.60.
256. Seiffge-Krenke, I. (2003). *Testing theories of romantic development from adolescence to young adulthood: Evidence of a developmental sequence*. International Journal of Behavioral Development, 27(6), 519-531. http://dx. doi.org/10.1080/01650250344000145
257. Sentse, M., Dijkstra, J.K., Lindenberg, S., Ormel, J., & Veenstra, R. (2009). *The delicate balance between parental protection, unsupervised wandering, and adolescents' autonomy and its relation with antisocial behavior*. The TRAILS Study. International Journal of Behavioral Development.
258. Sheldon, K.M., Joiner, T.E.J, Pettit, J.W., & Williams, G. (2003). *Reconciling humanistic ideals and scientific clinical. Practice*. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(3), 302–315.
259. Sion, G. (2004), *Psihologia vârstelor*, Editura Fundației România de Mâine, Ed. 1, București
260. Sion, G. (2014). *Psihologia dezvoltării*, Editura Funației România de Mâine, București

261. Smetana, J. (1988). *Adolescents' and Parents' Conceptions of Parental Authority*. Child Development, 59(2), 321–335. doi:10.2307/1130313
262. Smola, K. & Sutton, C.D. (2002). Generational Differences: Revisiting Generational Work Values for the New Millennium. Journal of Organizational Behavior. 23. 363 – 382. 10.1002/job.147
263. Spear, L.P. (2010). *The Behavioral Neuroscience of Adolescence*. New York: Norton
264. Spear, H.J., & Kulbok, P. (2004). *Autonomy and adolescence: A concept analysis*. Public Health Nursing, 21(2), p.144–152.
265. Speckens, E.M., Hawton, K. (2005). *Social problem-solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review.* Suicide and Life-Threatening Behavior, 35, 365–387.
266. Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). *Clinical Practice Guidelines for Assessment of Children and Adolescents*. Indian journal of psychiatry, 61(Suppl 2), 158–175. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_580_18
267. Steffens R, Sarrazin D. (2016). *Guidance to reduce alcohol-related harm for young people*. Background paper. Munster: LWL-Coordination Office for Drug-Related Issues; disponibil la adresa: http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/20/RARHA.WP5.T3.YoungPeople.pdf
268. Steinberg, L. (1990). *Autonomy, Conflict and Harmony in the Family*, in E. Aries (Ed.), *Adolescent Behavior: Readings and Interpretations*, Guilford, CT: McGraw-Hill/Dushkin.
269. Steinberg, L. (2009). *Should the science of adolescent brain development inform public policy?* American Psychology 64, 739–750 disponibil la: https://pdfs.semanticscholar.org/7d6b/54142581b69b31c0d04beab6ee71277378da.pdf
270. Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence.* Ed. Houghton Mifflin Harcourt
271. Steinberg, L. & Cauffman, E. (1996). *Maturity of judgment in adolescence: psychosocial factors in adolescent decision making*. Law and Human Behavior, Vol.20(3), p.249–272
272. Stewart-Knox, B.J., Sittlington, J., Rugkåsa, J., Harrisson, Sh., Treacy, M., & Abaunza P.S. (2005). *Smoking and peer groups: Results from a longitudinal qualitative study of young people in Northern Ireland.* British Journal of Social Psychology, 44, 397–414.
273. Stice, E.. Shaw, H. (2004). *Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review.* Psychological Bulletin, Vol. 130, No. 2, p.206–227 Copyright 2004 by the American Psychological Association, Inc. 2004
274. Strobel, A., Dreisbach, G., Muller, J., Goschke, T., Brocke, B., & Lesch, K. (2007). *Genetic variation of serotonin function and cognitive control.* Journal of Cognitive Neuroscience, 19, 1923–1931

275. Șchiopu, U. (2002). *Introducere în psihodiagnostic,* p.53–55. Editura Fundației Humanitas, București.
276. Șchiopu, U., coordonator (1997), *Dicționar de psihologie*, Ed. Babel
277. Șchiopu, U., Verza, E. (1997). *Psihologia vârstelor,* Editura Didactică și Pedagogică, Ed. a 3-a, București
278. Școala Națională de Studii Politice și Administrative – SNSPA (2016). *Millenials @ Work. Psihologia generației digitale din România – Raport de cercetare.* Facultatea de Management, București, Disponibil la: http://www.facultateademanagement.ro/wp-content/uploads/2016/03/Raport-Millenials-@Work.pdf
279. Ștefan, C. (2016). *Analfabetismul funcțional.* TRIBUNA învățământului – Revistă Națională de Educație și Cultură, București, accesat la data 06.03.2019: http://www.tribunainvatamantului.ro/analfabetismul-functional/
280. Tajfel, H. (1969). *Cognitive aspects of prejudice.* Journal of Social Issues, 25(4), 79–97
281. Tanner, J.L. (2006). *Recentering during emerging adulthood: A critical turning point in lifespan human development*. In J.J. Arnett & J.L. Tanner (Eds.), Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century (pp.21–55). Washington, DC: APA Books. University Statistics. (2003). KOTA data base. Helsinki: University Press.
282. Tarrant, M. (2002). *Adolescent peer groups and social identity*. Social Development, 11, 110–124.
283. Teicher, M.H., Barber, N.I., Gelbard, H.A. et al. (1993). *Developmental differences in acute nigrostriatal and mesocorticolimbic system response to haloperidol.* Neuropsychopharmacology 9, 147–156.
284. Tobler, N.S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V., & Stackpole, K.M. (2000). *School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis.* Journal of Primary Prevention, 20, 275– 336.
285. Trebici,V (1982*). Ce este demografia?,* Ed.Științifică și Enciclopedică, București.
286. Turner, A. (2015). *Generation Z: Technology and Social Interest*. The Journal of Individual Psychology, Volume 71, Number 2, pp.103–113, University of Texas Press. Access provided by University of Sussex (3 Jul 2018 16:18 GMT) https://doi.org/10.1353/jip.2015.0021
287. Turner, J.C., Tajfel, H. (1986). *The social identity theory of intergroup behavior.* Psychology of intergroup relations, 7–24.
288. Twenge, J.M., Joiner, T.E., Rogers, M.L., & Martin, G.N. (2018). *Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time.* Clinical Psychological Science, 6(1), 3–17.
289. UNESCO (2019). *Functional literacy. Definition.* UNESCO Institute of Statistics. Disponibil la: http://uis.unesco.org/node/334638

290. UNESCO (1978). *Records of the General Conference.* 20th Session Vol. 1 Paris: UNESCO.
291. United Nations (2017). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division – 2017. World Population Prospects: The 2017 Revision.* DVD Edition, Retreived from: https://population.un.org/wpp/
292. United Nations Children's Fund (2004). *Practici și norme privind sistemul de justiție juvenilă din România.* Disponibil la adresa: http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/practici-si-norme-privind-sistemul-de-justitie-juvenila-din-romania.pdf
293. United Nations Children's Fund 3 United Nations (2011). *Adolescence An Age of Opportunity.* Plaza New York, NY, disponibil la adresa: https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf
294. United Nations Children s Fund (2011). *The State of the World's Children 2011,* Plaza New York, disponibil la adresa: https://www.unicef.org/sowc 2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf
295. UNICEF Innocenti Research Centre (2010). *Report Card 9, The children left behind – A league table of inequality in child well-being in the world's rich countries*, p.26, UNICEF IRC, Florence.
296. UN. (2015). *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development,* New York: United Nations
297. United Nations Secretary-General. (2015*). The global strategy for women's, children's and adolescentss health (2016–2030): survive thrive transform*, disponibil la: http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global strategyreport2016-2030-lowres.pdf?ua=1
298. U.S. Department of Education (2005). *Helping Your Child through Early Adolescence.* Office of Communications and Outreach,Washington, D.C. disponibil la: https://www2.ed.gov/parents/academic/help/adolescence/adolescence.pdf
299. Valkenburg, P.M., Peter, J. (2009). *Social consequences of the Internet for adolescents: A decade of research.* Current Directions in Psychological Science, 18, p.1–5 Wiley-Blackwell
300. Vazire, S., Gosling, S. D. (2004). *E-perceptions: Personality impressions based on personal websites.* Journal of Personality and Social Psychology, 87, p.123–132
301. Vărășteanu, C.M. (2012). *Studii psihopedagogice privind certificarea pentru profesia didactică nivelul II. Disciplina: psihopedagogia adolescenților, tinerilor și adulților. 1 Psihopedagogia adolescentului*. Universitatea „Ovidius" Constanța, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, disponibil la adresa: https://www.scribd.com/document/135753641/Caracteristici-Generale-Ale-Varstei-Adolescentei, uploaded by Iulia Valentina
302. Vlaicu, B. (2000). *Adolescentii din România sfârsitului de secol XX. Trăsături de maturizare pubertară si comportament sexual,* Editura SOLNESS, Timișoara

303. Vîgotsky, L. S. (1962). *Thought and Language*, Cambridge, Mass: MIT Press
304. Vîgotsky, L.S. (1971). *Opere psihologice alese*, Editura Didactică și Pedagogică, București
305. Vîgotsky, L.S. (1978). *Mind in Society*, Harvard University Press, Cambridge, MA:
306. Wahlstrom, D., White, T., Luciana, M. (2010). *Neurobehavioral evidence for changes in dopamine system activity during adolescence*. Neurosci Biobehav Rev 34, 631–648
307. Wasserman, D., Rihmer. Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., Carli, V.; European Psychiatric Association (2012). *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. European psychiatry: the journal of Associationof European Psychiatrists, 27(2):129-41. doi: 10.1016/j.eurpsy. 2011.06.003.
308. Winsler, A. (2003). *Vygotskian Perspectives in Early Childhood Education.* Early Education and Development. 14. 253–270.
309. Webber, M. (1991). *Street Kids: The Tragedy of Canada's Runaways*. University of Toronto Press, Toronto.
310. Weiner, I.B., Freedheim, D.K., Lerner, R.M., Easterbrooks, M.A., Mistry, J. (Eds.) (2003). *Handbook of Psychology, Volume 6, Developmental Psychology.* John Wiley &Sons, Inc., New Jersey
311. Weisz, J.R., Jensen, A.L.(2001). *Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field.* European Child & Adolescent Psychiatry, Supplement 1, Vol. 10, pI/12. 7p. Doi: https://doi.org/10.1007/s007870170003
312. West. R. (2013). *Models of adiction. Publications Office of the European Union,* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
313. Wood, J.V., Taylor, S.E., & Lichtman, R.R. (1985). *Social comparison in adjustment to breast cancer.* Journal of Personality and Social Psychology, 49(5), p.1169–1183. Disponibil la: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.49.5.1169
314. World Health Organization (2018). *Suicide*. Disponibil la: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide
315. Yeung, R. & Leadbeater, B. (2010). Adults make a difference: The protective effects of parent and teacher emotional support on emotional and behavioral problems of peer-victimized adolescents. Journal of Community Psychology. 38. P.80–98. Doi: 10.1002/jcop.20353.
316. Yu, M.S., Stiffman, A. R. (2007). *Culture and Environment as Predictors of Alcohol Abuse/Dependence Symptoms.* American Indian Youths. Addict Behavior; 32(10): 2253–2259. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.01.008
317. Zalensky, R.J., Raspa, R. (2006). *Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice*. Journal of Palliative Medicine 9(5):1120-7. DOI: 10.1089/jpm.2006.9.1120

ISBN: 978-606-37-0482-6